



# **Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en 1<sup>ère</sup> ligne : quelles attentes des professionnels ?**

-----

**Etude qualitative réalisée en 2008 par le  
Département de Médecine Générale de l'ULg**

**à la demande du GLS  
SISD de Liège-Huy-Waremme**



Groupement Pluraliste Liégeois  
des Services et Soins à Domicile

## **Introduction**

**Marc Vanmeerbeek, Christiane Duchesnes,  
Valérie Massart, Jean-Luc Belche,  
Philippe Denoël et Didier Giet**

# Introduction

Les services intégrés de soins à domicile (SISD) ont été créés par Arrêté Royal en 2002. Le Groupement pluraliste Liégeois des soins et Services à domicile (GLS) est le SISD agréé pour les arrondissements de Liège, Huy et Waremme.

Le GLS s'est fixé des missions statutaires visant au renforcement de l'encadrement des soins de santé à domicile. Il s'agit à la fois d'optimiser la collaboration interprofessionnelle, d'améliorer la qualité des soins notamment au travers de la concertation multidisciplinaire et de renforcer la permanence et la continuité des soins.

Le recueil des besoins prioritaires des professionnels dans ces champs d'intervention présente un intérêt concret pour le GLS qui souhaite établir son plan d'action pour les années à venir.

Le GLS a chargé le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège de réaliser une étude dont l'objectif est de donner la parole à tous les acteurs de la première ligne aux fins d'entendre leur ressenti, leurs représentations et leurs attentes vis-à-vis des missions attribuées aux Services Intégrés de Soins à Domicile.

D'un point de vue méthodologique, les investigateurs ont recueilli les éléments qualitatifs au sein de groupes de parole (technique du groupe focalisé ou focus group [FG]) ; ils ont également collecté l'énoncé de solutions concrètes classées par ordre de priorité (technique du groupe nominal [GN]).

Le présent rapport comporte trois sections : un **abstract**, présentant les idées fortes de l'étude ainsi que les **sections 1 et 2** qui traitent respectivement des groupes focalisés et des groupes nominaux.



# **Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en 1<sup>ère</sup> ligne : quelles attentes des professionnels ?**

-----

**Etude qualitative réalisée en 2008 par le  
Département de Médecine Générale de l'ULg**

**à la demande du GLS  
SISD de Liège-Huy-Waremme**



Groupement Pluraliste Liégeois  
des Services et Soins à Domicile

<h2><b>Abstract</b></h2>
--------------------------

**Marc Vanmeerbeek, Christiane Duchesnes,  
Valérie Massart, Jean-Luc Belche,  
Philippe Denoël et Didier Giet**

# Abstract

Le GLS souhaite établir son plan d'action pour les années à venir à la lumière de l'opinion des professionnels des soins à domicile.

La présente étude du Département de Médecine Générale de l'Université de Liège a permis de donner la parole à une centaine d'acteurs de la première ligne, répartis au sein de six professions différentes.

Les deux outils de recueils de données que sont les Groupes focalisés et les Groupes nominaux donnent logiquement des informations de natures différentes. Les usages concrets qui peuvent en être faits sont également différents. Il existe naturellement de très larges superpositions qui font que les discours entendus sont cohérents.

**Les FG ont exploré de manière très détaillée les ressentis, les représentations et les attentes individuels de professionnels des soins à domicile vis-à-vis des missions attribuées aux Services Intégrés de Soins à Domicile.**

Globalement, c'est l'état d'esprit des professionnels qui a été visité dans les deux domaines importants que sont la qualité des soins et le travail collaboratif. Il en ressort de grandes tendances qu'il peut être utile d'identifier pour une structure comme le GLS.

Les réalités des soins à domicile sont analysées de manière assez homogène ; la complexité médico-sociale de certaines situations est évidente aux yeux de tous et la plus-value apportée par l'action pluridisciplinaire dans de telles circonstances est spontanément évoquée par tous. Les différentes disciplines tiennent un discours assez unanime sur la nécessité de centrer son attention sur le patient qui doit devenir un acteur de ses propres soins. Un changement de modèle qui fait passer le patient d'une situation passive à une position active est en train de s'opérer. La culture pluridisciplinaire fait son chemin, elle progresse malgré des obstacles bien reconnus par les prestataires des différentes disciplines.

En définitive, la prise en charge de soins à domicile suscite un riche questionnement éthique où se mêlent des interrogations sur la place du patient, sur la pluridisciplinarité et le partage des informations professionnelles, sur la gestion des situations complexes, sur le développement professionnel et personnel des soignants, sur la place des soins à domicile dans notre système de santé.

La contribution des SISD peut être importante dans ces vastes domaines de réflexion : on peut penser à des colloques, des formations, des rencontres pluridisciplinaires,...

Plus spécifiquement, les FG ont permis d'identifier des préoccupations plus particulières qui interpellent toutes les disciplines et qui pourraient déboucher sur des actions concrètes. On peut ainsi épingler, dans le désordre, le besoin de soutien au bien-être des soignants, la demande de programmes de formation pluridisciplinaire, le souhait implicite d'outils novateurs en matière d'échanges d'informations, l'intérêt exprimé pour toute initiative locale favorisant les contacts pluridisciplinaires et la connaissance des autres disciplines.

Le discours des soignants permet également de relever des carences qui ne sont pas spontanément exprimées : méconnaissance des dispositifs sociaux améliorant l'accessibilité aux soins et leur coût, de la législation relative à la concertation multidisciplinaire, du rôle des centres de coordination et des coordinatrices de soins. Ici encore des actions d'information peuvent être initiées ou poursuivies.

Les GN nous apportent un éclairage plus concret sur les actions qui peuvent être menées pour favoriser le développement du travail collaboratif et améliorer l'action pluridisciplinaire. En outre, cette méthode permet une hiérarchisation des propositions tout en autorisant que soient révélées des sensibilités propres à chaque discipline.

De grands domaines d'actions prioritaires, identifiés par toutes les disciplines, peuvent se dégager : les rencontres entre professionnels, les moyens de communication interdisciplinaires et l'organisation concrète de l'action pluridisciplinaire locale. Les indices de priorité et de popularité permettent d'approcher, pour chaque action envisageable, l'importance que les professionnels lui accordent ainsi que le nombre de ceux qui pourraient être intéressés.

Au départ des grandes catégories ou sous-catégories d'actions, la méthode des GN a l'avantage de permettre de retourner aux propositions précises, telles qu'exprimées et validées par les professionnels.

-----

L'équipe de recherche du Département de Médecine Générale de l'Université de Liège remercie le GLS de sa confiance. Elle espère avoir répondu aux attentes des responsables du GLS et, surtout, avoir contribué à relayer efficacement l'opinion des professionnels des soins à domicile.

Les chercheurs désirent souligner l'excellente collaboration qu'ils ont constamment rencontrée chez les acteurs de terrain. Ils ont été les témoins d'une grande richesse de réflexion, signe d'une éthique professionnelle qui dépasse tous les clivages et qui augure bien d'une évolution favorable de la culture pluridisciplinaire.

Marc Vanmeerbeek, Christiane Duchesnes, Valérie Massart, Jean-Luc Belche, Philippe Denoël et Didier Giet

Février 2009.



# **Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en 1<sup>ère</sup> ligne : quelles attentes des professionnels ?**

-----

**Etude qualitative réalisée en 2008 par le  
Département de Médecine Générale de l'ULg**

**à la demande du GLS  
SISD de Liège-Huy-Waremme**



Groupement Pluraliste Liégeois  
des Services et Soins à Domicile

<b>Section 1 : groupes focalisés</b>
--------------------------------------

**Marc Vanmeerbeek, Christiane Duchesnes,  
Valérie Massart, Jean-Luc Belche,  
Philippe Denoël et Didier Giet**

<b>OBJECTIF</b>	<b>11</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>11</b>
<b>PUBLIC</b>	<b>11</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>12</b>
<b>1. Qualité des soins</b>	<b>12</b>
1.1. Déterminants de la qualité des soins	12
1.1.1. Le patient	12
1.1.1.1. Acteur	12
1.1.1.1.1. La participation du patient au processus de soins est nécessaire	12
1.1.1.1.2. L'autonomisation du patient est recherchée	12
1.1.1.1.3. Le patient est responsable de sa santé globale	13
1.1.1.1.4. Le patient respecte les professionnels (leur travail, leurs contraintes). Ses exigences peuvent interférer avec la qualité.	13
1.1.1.1.5. Le patient a le libre choix du thérapeute	14
1.1.1.2. Objet du soin	15
1.1.1.2.1. Des soins de qualité doivent être adaptés au patient et à sa situation	15
1.1.1.2.2. La qualité de la relation patient-thérapeute est importante	16
1.1.1.2.3. La relation de longue durée développe le lien avec le patient	17
1.1.1.2.4. La qualité est liée au temps consacré à la relation (dans le temps de soins)	17
1.1.1.2.5. La routine réduit la qualité des soins	18
1.1.1.2.6. La prise en charge en 1e ligne est globale (modèle holistique)	18
1.1.2. Les soignants	19
1.1.2.1. En tant que personne	19
1.1.2.1.1. La qualité dépend de la motivation individuelle	19
1.1.2.1.2. La qualité des soins est conditionnée par la qualité de vie du thérapeute	19
1.1.2.2. En tant que professionnel	20
1.1.2.2.1. Maîtrise des compétences techniques	20
1.1.2.2.2. En première ligne il faut être polyvalent	21
1.1.2.2.3. La qualité dépend de la formation (initiale et continuée)	21
1.1.2.2.4. La qualité dépend du respect des limites de compétences personnelles	23
1.1.2.2.5. La qualité est liée à l'expérience professionnelle	23
1.1.3. Les structures de soins	24
1.1.3.1. La nomenclature est trop complexe et donc méconnue	24
1.1.3.2. Le cadre légal n'est pas adapté à la pratique de terrain	24
1.1.3.3. La qualité dépend de l'équipement (=matériel) disponible	25
1.1.3.4. La pluridisciplinarité est un déterminant de la qualité	26
1.1.3.5. La qualité dépend du temps consacré aux soins avec le patient (= charge de travail) La surcharge de travail limite la qualité.	26
1.1.3.6. La qualité dépend d'outil de management des soins (échelles...)	27
1.1.3.7. Les recommandations sont utiles à la pratique	27
1.1.3.8. Les recommandations ne sont pas trop acceptées	27
1.1.3.9. Les incitants à la formation continue devraient être revus	28
1.1.4. La société	28
1.1.4.1. Le coût pour le patient est un obstacle	28
1.1.4.2. Les soins ne modifient pas tous les déterminants de santé	29

1.1.4.3.	Les soins doivent s'inscrire dans une politique globale de santé et de société	29
1.1.4.4.	Le comportement des soignants est influencé par des incitants publicitaires	30
1.1.4.5.	La demande de prise en charge ambulatoire se complexifie dans notre société	30
1.2.	Évaluation de la qualité des soins	31
1.2.1.	Ressenti	31
1.2.1.1.	Les professionnels évaluent la qualité en fonction de la satisfaction du patient (ce qu'ils pensent du ressenti du patient)	31
1.2.1.2.	Les professionnels évaluent la qualité en fonction de l'amélioration du patient (ce qu'ils évaluent selon leurs critères de professionnels)	32
1.2.1.3.	Les soins peuvent être de qualité sans apporter de résultat	32
1.2.1.4.	Les professionnels évaluent la qualité par la reconnaissance des autres professionnels	33
1.2.1.5.	Les soignants attendent une reconnaissance de la part du patient	33
1.2.2.	Objectif	34
1.2.2.1.	Il est important d'utiliser des outils d'évaluation	34
1.2.2.2.	Les outils/le temps d'évaluation ne sont pas adaptés	34
1.2.2.3.	Les soins hospitaliers représentent la norme à atteindre	34
1.2.2.4.	La norme n'est pas définissable	34
1.2.2.5.	Avantages/inconvénients d'une évaluation externe	35
<b>Collaboration (*)</b>		<b>36</b>
1.3.	Pôle informationnel (ce qui circule, ce qui persiste)	36
1.3.1.	La place du patient	36
1.3.1.1.	Le patient est un vecteur de l'information	36
1.3.1.2.	L'entourage gère une partie de la communication	37
1.3.1.3.	Le patient est le destinataire de l'information en santé	37
1.3.2.	Dans ma profession	38
1.3.2.1.	L'information doit être disponible, accessible. Il faut aller chercher l'information dont on a besoin	38
1.3.2.2.	Les vecteurs de l'information sont multiples. La coordination fait appel à des outils spécifiques	38
1.3.2.3.	La collaboration assure la continuité dans le temps	38
1.3.2.4.	L'information doit être de qualité, être fiable	39
1.3.2.5.	La qualité dépend de la conservation des informations concernant le patient	39
1.3.3.	Avec les autres professions	40
1.3.3.1.	L'information doit être disponible, accessible. Il faut aller chercher l'information dont on a besoin	40
1.3.3.2.	Les vecteurs de l'information sont multiples. La coordination fait appel à des outils de communication spécifiques	41
1.3.3.3.	La collaboration assure la continuité dans le temps	42
1.3.3.4.	L'information doit être de qualité, être fiable	42
1.3.3.5.	Les informations provenant de prestataires différents donnent une vision plus globale	43
1.3.3.6.	La qualité dépend de la conservation des informations concernant le patient	43
1.3.3.7.	L'information doit être centralisée	44
1.3.3.8.	La circulation de l'information doit se faire dans le respect de la confidentialité due aux patients	44
1.4.	Pôle relationnel	45
1.4.1.	Importance de la relation interpersonnelle	45
1.4.1.1.	La confiance entre les professions est à construire. Les différents prestataires autour d'un patient ne se connaissent pas toujours	45
1.4.1.2.	La collaboration dépend des mentalités personnelles	46



1.4.1.3.	La collaboration dépend de la motivation individuelle. La collaboration et le dialogue interprofessionnels sont fragiles	46
1.4.1.4.	Les rencontres intra professionnelles créent du lien entre les prestataires	47
1.4.2.	Dans ma profession	48
1.4.2.1.	La collaboration permet de diminuer la charge de travail	48
1.4.2.2.	La continuité est limitée par le caractère indépendant des prestataires	48
1.4.2.3.	Les professionnels peuvent être mis en concurrence	48
1.4.2.4.	Les professionnels éprouvent le besoin d'un soutien dans leur métier	49
1.4.3.	Avec d'autres professions	49
1.4.3.1.	Manque d'intérêt pour les problématiques propres aux autres professions. Manque de reconnaissance du travail des autres professionnels	49
1.4.3.2.	Les rapports interprofessionnels sont marqués par une hiérarchie	50
1.4.3.3.	Les rencontres interprofessionnelles créent du lien entre les prestataires	51
1.4.3.4.	Les professionnels peuvent être mis en concurrence	51
1.4.3.5.	Les professionnels éprouvent le besoin d'un soutien dans leur métier	51
1.4.4.	Avec les médecins	52
1.4.4.1.	Le bon fonctionnement des soins dépend de la bonne volonté et de la compétence des prescripteurs	52
1.4.4.2.	Les médecins ont une aptitude limitée au dialogue interprofessionnel	53
1.4.4.3.	Les rapports avec les médecins sont trop marqués par la hiérarchie	54
1.5.	Pôle organisationnel	55
1.5.1.	Le patient	55
1.5.1.1.	L'entourage est sollicité pour l'aide aux soins	55
1.5.1.2.	Les objectifs des soignants devraient être communs	55
1.5.1.3.	Des soins globaux nécessitent des compétences multiples	56
1.5.2.	Dans ma profession	57
1.5.2.1.	Le temps de communication est insuffisant	57
1.5.2.2.	Un lieu pour la coordination est nécessaire	57
1.5.2.3.	Importance d'une personne coordonnant les différents intervenants	57
1.5.2.4.	Il est nécessaire de connaître les spécificités et compétences de chacun	57
1.5.2.5.	La coordination fait appel à des outils spécifiques	58
1.5.2.6.	Manque de temps pour l'amélioration continue du service (formation continue, mise en application)	58
1.5.3.	Avec d'autres professions	58
1.5.3.1.	Le temps de communication pose problème (en trop ou pas assez)	58
1.5.3.2.	Le temps de coordination n'est pas (suffisamment) rétribué	59
1.5.3.3.	La disponibilité horaire des différents soignants est différente	60
1.5.3.4.	Un lieu pour la coordination est nécessaire	60
1.5.3.5.	La connaissance des compétences des autres professions est nécessaire	61
1.5.3.6.	La connaissance du fonctionnement (organisation du travail) des autres professions est nécessaire (y compris de la part des patients)	62
1.5.3.7.	Importance d'une personne coordonnant les différents intervenants	62
1.5.3.8.	La coordination fait appel à des outils spécifiques	64
1.5.3.9.	Les professionnels sont demandeurs de coordination interprofessionnelle	64
1.5.3.10.	Les professionnels sont demandeurs de rencontres interprofessionnelles formatives	64
1.5.3.11.	La pluridisciplinarité est parfois un besoin marginal	65
1.5.3.12.	La pluridisciplinarité ne repose pas sur des bases organisationnelles suffisantes	65
1.6.	Les apports de la collaboration	66
1.6.1.	Pour le patient	66
1.6.1.1.	La collaboration est bénéfique au patient	66
1.6.1.2.	La synergie entre soignants permet une meilleure qualité de soins	67

1.6.1.3.	La prise en charge du patient est globale	68
1.6.1.4.	La collaboration permet une meilleure gestion des soins, de la prise en charge	68
1.6.1.5.	La collaboration aide à la gestion de la complexité	68
1.6.2.	Pour le professionnel	69
1.6.2.1.	La collaboration permet d'augmenter ses connaissances	69
1.6.2.2.	La collaboration permet de réduire le stress	69
1.6.2.3.	Travailler à plusieurs complexifie la tâche	69

## OBJECTIF

Faire émerger et analyser les représentations et les pratiques des professionnels de première ligne en matière de qualité et de continuité des soins et en matière de travail pluridisciplinaire

## MÉTHODOLOGIE

Le groupe focalisé est un groupe de discussion, de 6 à 12 participants, modéré par un animateur neutre. Celui-ci formule une série de questions précises fixées à l'avance dans un guide d'entretien et demande aux participants d'exprimer leur sentiment, leur expérience, ... à propos des thèmes abordés. Un co-animateur est présent ; il écoute et n'intervient qu'occasionnellement pour relancer le débat ou demander une précision. Il observe et note les réactions des participants et les effets éventuels de la dynamique de groupe. La discussion dure environ 90 minutes. L'ensemble des interventions est enregistré et transcrit en vue de l'analyse détaillée de la discussion. Chaque phrase des participants (verbatim) est classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Ces catégories sont parfois regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories selon la particularité de l'idée émise. Il en résulte un arbre de concepts qui correspond au sommaire des résultats du présent travail. La construction de cet arbre de concepts est progressive, constamment enrichie par les nouveaux verbatim. Plusieurs chercheurs y travaillent en parallèle et discutent régulièrement des divergences d'interprétation ou de classement.

## PUBLIC

Les groupes de discussion ont été organisés en réunissant des professionnels d'une même discipline et, si possible, du même type d'organisation et d'environnement professionnels.

Quatorze groupes de 94 professionnels ont été organisés.

Discipline	Type d'organisation du travail	Nombre de participants
Infirmières 1	associations	20
Infirmières 2	groupe, urbain	
Infirmières 3	indépendantes	
Kinés 1	solos, campagne	25
Kinés 2	groupe, indépendants + salariés	
Kinés 3	indépendants + salariés	
Médecins généralistes 1	indépendants	19
Médecins généralistes 2	campagne	
Médecins généralistes 3	solos, campagne	
Médecins généralistes 4	solos, campagne	
Coordinatrices de soins 1		15
Coordinatrices de soins 2		
Aides familiales		7
Coordinatrices d'aides familiales		8

# RÉSULTATS

## 1. QUALITÉ DES SOINS

### 1.1. DÉTERMINANTS DE LA QUALITÉ DES SOINS

#### 1.1.1. LE PATIENT

##### 1.1.1.1. ACTEUR

###### 1.1.1.1.1. LA PARTICIPATION DU PATIENT AU PROCESSUS DE SOINS EST NECESSAIRE

Dans leurs groupes, les kinés (1,2,3) ont beaucoup insisté sur la nécessaire participation du patient, qui peut obtenir des résultats de soins en fonction de sa motivation.

Dans un groupe de MG (solos 3), on a parlé de cette participation du patient en évoquant les difficultés que son absence entraîne. Elle a été évoquée même quand elle fait défaut ou est inadéquate, quoique certains médecins ne la souhaitent pas (solos 2).

Dans le groupe des CoAF on a précisé qu'à contrario les demandes émanant de la famille pouvaient leur compliquer la tâche.

Le patient peut exiger des soignants de compenser l'absence de famille ou d'entourage. La participation aux soins varie de patient à patient, et dans le temps, en fonction de la personnalité des gens, de leur pathologie. Les familles non plus ne sont pas toujours dans une dynamique de participation du patient et de son entourage aux soins. (CoS2)

- *On soigne des malades, pas des maladies... la qualité des soins, elle est en fonction du malade et en fonction de ce qu'il veut aller jusqu'où il veut aller K1-56*
- *je vois des patients qui ne veulent vraiment pas, qui viennent en kiné parce que le médecin dit « allez en kiné » mais ils n'ont pas envie de guérir. Et ils continuent à faire les mauvais gestes et les mauvaises habitudes, soit pour rester sur la mutuelle, soit pour rester en incapacité K2-8*
- *Essayer que cela se passe le mieux possible pour la personne. C'est vrai que j'aurais tendance peut-être à moins inclure le patient. MG2-15*
- *C'était vraiment un frein pour une bonne qualité de soins ou parce qu'aussi, le patient a décidé qu'il n'avait pas envie. Pas envie de prendre tel traitement, et de passer tel examen MG3-53*
- *Quand la demande vient de la famille et non de la personne, c'est souvent ... la foire CoAF-1*
- *Il y a aussi tout l'aspect au niveau du patient et de la famille, où de plus en plus, les personnes sont isolées, sans famille, ou avec de la famille sans relation, une rupture ou des choses telles que celles-là, tant et si bien que ces personnes veulent rester absolument chez elles, mais exigent tel service à domicile et de soins, une présence qui compense peut-être la présence de la famille. La question au niveau qualitatif, quelqu'un isolé de défendant, jusqu'où peut-il être maintenu à domicile dans des conditions acceptables ? CoS2-23*

###### 1.1.1.1.2. L'AUTONOMISATION DU PATIENT EST RECHERCHÉE

Les infirmières (2,3) ont dit qu'il fallait tendre à l'autonomie du patient, tant pour les soins que par rapport à la maladie. Le contexte des soins à domicile peut favoriser ce processus.

Dans le groupe des kinés (solos 1), l'autonomisation a été abordée sous deux formes : d'une part, la prise en charge de sa santé physique (gymnastique, etc.), et d'autre part l'indépendance par rapport aux prescriptions des médecins quant à la consommation de séances de kinésithérapie.

Cette dépendance vis-à-vis des prescripteurs est un thème qui est revenu ailleurs dans les discussions.

Dans les groupes de MG (3,4), on a évoqué l'autonomisation par rapport à ses problèmes de santé, mais aussi par rapport à la prise de RV chez les spécialistes que les patients devraient gérer eux-mêmes.

Des CoAF ont pointé le danger d'une assistance dans laquelle certains patients pourraient se complaire.

L'information du patient est importante pour lui donner une place, un rôle central dans les soins. (CoS2)

- *Je pense que particulièrement au moment où on arrive à marquer dans l'esprit des gens le changement qu'ils doivent faire pour que ça aille mieux, je pense que c'est un gage de qualité... K2-9*
- *J'ai une personne qu'on a pris en charge avec l'objectif de la stimuler, qu'elle puisse faire des choses, et bien elle fait moins qu'avant parce qu'elle se complait comme ça dans cette assistance et on n'arrive pas à atteindre les objectifs CoAF-22*
- *ça permet aussi au patient de tenir le rôle, de dire je n'ai pas envie de quelqu'un tous les jours, je veux être tranquille, ou justement, j'aime bien qu'il y ait quelqu'un, etc. parce que j'ai besoin de parler, ou des choses comme ça, donc c'est le patient qui décide un peu, et ça, ça le renvoie aussi devant le fait qu'il n'est pas que dépendant des autres et qu'il n'est pas... qu'il reste acteur. CoS2-204*

#### 1.1.1.1.3. LE PATIENT EST RESPONSABLE DE SA SANTE GLOBALE

Des habitudes de vie du patient, son environnement, des comportements... peuvent représenter de réels obstacles dans la réalisation de soins de qualité. (Infirmière groupe 1)

Dans le groupe des kinés (solos 1) on a insisté sur la prise en compte des déterminants fondamentaux de la santé, hygiène de vie, alimentation, etc.

Les MG (2,3,4) évoquent un peu cet aspect dans la compliance thérapeutique.

- *Les habitudes des patients aussi. Il y en a qui ne devraient pas fumer, il y en a qui ne devraient pas faire ceci. ... au niveau des plaies, au niveau de celui qui a une mauvaise circulation, forcément, on a beau faire des fois tout ce qu'on veut, voilà, c'est ça aussi : l'environnement, l'hygiène. Ils n'ont pas tous la même priorité. I1-50*
- *On ressent quelque fois un peu d'incompréhension de la part du patient qui n'est pas toujours très concerné ou très au courant de ce qui est mis en œuvre pour l'aider. MG2-28*

#### 1.1.1.1.4. LE PATIENT RESPECTE LES PROFESSIONNELS (LEUR TRAVAIL, LEURS CONTRAINTES). SES EXIGENCES PEUVENT INTERFÉRER AVEC LA QUALITÉ.

Les infirmières travaillant en groupe (2) ont peu insisté sur les exigences des patients vis-à-vis d'elles. Par contre, d'autres infirmières (groupe 3) ont signalé des exigences excessives.

Des groupes de MG solos (1,3,4) par contre ont cité de nombreux exemples d'exigences précises des patients jugées excessives et ont dénoncé leur attitude parfois consumériste face au « marché des soins ». Ils soutiendront les initiatives éducatives limitant cette tendance : éducation via les organismes assureurs, création de postes de garde incitant les patients à se déplacer pour des affections bénignes. Finalement, il a été dit qu'un patient trop informé est plus difficile à gérer par le généraliste.

Les CoAF ont stigmatisé l'attitude de certains patients qui derrière une demande de soins coordonnés ne souhaitent en fait que des heures d'entretien du ménage.

Les croyances et attentes du patient ne correspondent pas toujours à ce qui est prévu ou possible par les soignants. La place centrale du patient est quelque fois perçue par ce dernier comme l'obligation par les soignants de répondre à ses attentes, même quand elles ne correspondent pas au plan de soins. En cas d'opposition trop franche, le risque est de développer des résistances qui peuvent mener à la rupture de la relation de soins. Le « shopping médical » en est une illustration. La qualité des soins dans des situations conflictuelles peut être affectée par ce climat de tension et de méfiance, menant parfois à des situations de rejet du patient ou au contraire à une abdication des objectifs de qualité initiaux. L'entourage de la famille croit parfois bien faire en voulant assurer lui-même l'accompagnement, jusque dans des conditions extrêmes, alors que le relais pourrait être passé plus rapidement. (CoS2)

- *Oui, mais il y a une différence entre accéder à un besoin et à un moment donné où les gens dépassent les normes et viennent à l'exiger. Inf3-40*
- *Je pense qu'effectivement, je ne saurais pas être contre l'information des patients, je trouve ça bien, des émissions télévisées, etc. Mais en même temps, ça génère un sentiment qu'il y a des tas de trucs à faire, et là, parfois, je me dis, alors, évidemment, c'est un peu notre boulot de dire « non, non, non » ce n'est pas toujours évident MG2-61*
- *Pour eux, la qualité c'est aussi, le Docteur doit venir le matin entre 9H et 11H parce que sinon, on fait ses courses MG3-101*
- *J'ai vraiment cette impression-là maintenant, que les patients deviennent des consommateurs de soins, qu'ils demandent à consommer des soins, qu'ils demandent à consommer des examens MG4-73*
- *les gens nous disent, par exemple, oui c'est vraiment ce que je veux, je veux des courses, l'entretien, la toilette et qu'on m'aide pour le repassage et quand on commence, bingo ce n'est que de l'entretien. Ca arrive de plus en plus souvent CoAF-23*
- *Au niveau du patient, ce qu'il y a généralement, c'est que lui aussi a des exigences et il imagine que pour être bien pris en charge, il doit avoir telle, telle, telle aide, et le problème, c'est que ce n'est pas toujours dans l'analyse, les services ne peuvent pas répondre toujours à sa demande. CoS2-36*
- *Certains médecins préfèrent dire oui et prescrire, faire comme le patient le souhaite, et ne pas contrarier le patient, pour le garder. CoS2-172*

#### 1.1.1.1.5. LE PATIENT A LE LIBRE CHOIX DU THERAPEUTE

Dans un groupe de kinés (solos 1), il a été dit que la liberté de choix pouvait réduire la qualité des soins si le patient n'était pas correctement guidé dans le dédale des soins et des avis parfois divergents.

Dans les groupes de MG, le libre choix du thérapeute est une valeur importante et abondamment discutée. Certains souhaiteraient un échelonnement plus rigoureux, au moins en ville où les abus seraient plus fréquents (MG solos 3). Pour d'autres, (MG 2,4), le shopping médical ou le recours injustifié aux soins spécialisés empêche une prise en charge correcte. L'attachement des patients à leur thérapeute dépend de la rencontre d'offres et de demandes de soins de types différents, plutôt techniques ou plutôt relationnelles selon les cas (MG1). Dans les groupes des coordinateurs de soins (1,2) on a beaucoup insisté sur le respect des choix du patient tant par rapport aux soignants qu'aux soins.

- *Le problème des patients aussi, c'est parfois quand ils vont voir trois thérapeutes, si les trois thérapeutes ont un discours différent, ils sont complètement perdus. Je pense aussi que c'est intéressant d'être encadrés et d'avoir des personnes qui parlent la même langue K1-166*
- *quand les patients ont décidé de s'accrocher à leur médecin et finalement, de vouloir toujours l'avis du toubib qu'ils ont désigné comme étant leur médecin traitant, ils sont prêts maintenant à refaire des démarches que j'ai l'impression qu'ils ne faisaient plus... MG1-110*
- *Je crois que dans l'idée des patients, la qualité, c'est quand même à l'hôpital où il y a un scanner, des scintigraphies. Ils viennent moins souvent voir leur médecin généraliste, ils*

*passent souvent par les urgences, d'ailleurs, Un médecin généraliste ne saura jamais régler ce problème-là. Ils passent par les urgences parce qu'ils ont la technologie MG2-31*

- *Ce n'est pas mon patient, je suis le médecin de quelqu'un et pas l'inverse et ça, pour moi, c'est important aussi pour le patient, qu'il sache qu'il est libre de choisir qui il veut et quand il veut MG3-22*
- *Ca c'était les six premiers mois de mon travail et puis après, à un moment donné, on se dit, est-ce que je ne tiendrais pas compte qu'en effet, le Monsieur ou la dame, il n'a pas envie CoS1-116*
- *Le respect du choix du patient dans sa demande et dans sa non demande ... CoS1-4*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

La perception de la place du patient en tant qu'acteur permettant d'améliorer la qualité du processus de soins est très variable selon le type de professionnel, son rôle personnel dans le soin et le temps de contact avec le patient.

En effet, dans les groupes de MG et de kinés, le discours concerne surtout l'éducation du patient vis-à-vis de sa santé globale et de ses habitudes de vie. Le patient est perçu parfois comme un consommateur relativement peu fidèle. Les MG parlent aussi de l'exigence d'horaire que les patients leur imposent de plus en plus.

Les groupes d'AF, de CoAF et d'infirmières évoquent relativement peu de doléances vis-à-vis de patients qu'elles voient plus longuement. L'éducation du patient est en toile de fond de leur discours.

Les groupes de coordinatrices de soins essaient d'organiser une équipe de soins autour du patient en répondant au mieux à sa demande. Elles mentionnent les difficultés de répondre à des exigences incompatibles avec les possibilités des soignants, exigences qui émanent aussi de la famille.

#### Réflexion

Visiblement, les différentes disciplines s'interrogent sur la place du patient en temps qu'acteur de sa propre santé. On perçoit en filigrane ce changement de paradigme qui transforme le patient passif et simple récepteur plus ou moins obéissant des consignes des soignants en une personne active, participative parce qu'informée et consentante. La législation sur le droit des patients anticipe assurément sur ces changements fondamentaux dans la relation de soins ; elle semble relativement méconnue des prestataires de soins. Ces derniers semblent toutefois concevoir qu'un patient acteur de sa propre santé puisse favoriser l'amélioration de la qualité des soins. Ne s'agit-il pas là d'un débat éthique à ouvrir dans le secteur des soins à domicile ?

### **1.1.1.2. OBJET DU SOIN**

#### **1.1.1.2.1. DES SOINS DE QUALITE DOIVENT ETRE ADAPTES AU PATIENT ET A SA SITUATION**

Les infirmières travaillant en groupe (2) ont signalé leur attention au respect des horaires. Le patient et son environnement déterminent le soin, et celui-ci est de qualité si le patient et son environnement sont pris en compte ou occupent une place centrale. (Infirmières groupe 1). Les Infirmières (3) se sentent particulièrement bien placées pour déterminer les besoins des patients.

Des kinés (solos 1) se voient bien dans une sorte de contrat avec le patient.

Des MG (solos 2) ont insisté sur la nécessaire adaptation à la culture, l'environnement, le stade de sa maladie (ou guérison), les désirs/attentes des patients. Dans ce cadre, les recommandations professionnelles sont une référence parmi d'autres. D'autres MG (solos 3,4) ont cité leur disponibilité, leur flexibilité d'horaire : l'organisation en consultations avec ou sans rendez-vous par exemple. Les visites à domicile sont considérées très importantes pour les personnes âgées. Parfois, ce sont les problèmes sociaux des patients qui font obstacle à la qualité de la prise en charge.

Les coordinateurs de soins (1,2) ont remis régulièrement en question l'adéquation du soin à l'état évolutif du patient. Chaque situation de soin est unique, propre à la personne, son environnement, à un moment donné.

- *La réponse aux demandes d'un patient et qui n'est pas la même pour tous, c'est ça la difficulté d'être infirmière à l'heure actuelle... je trouve qu'on devrait faire confiance, justement, à l'infirmière de première ligne qui peut juger vraiment les besoins réels en qualité des soins parce que malheureusement, la qualité des soins n'est pas la même demande pour tous, je pense. Inf3-3*
- *Je pense qu'en tous cas, il faut en tenir compte dans le type de soins qu'on établit ou dans les rapports qu'on établit avec les patients, qu'on doit pouvoir adapter des guidelines ou des recommandations ou des pratiques idéales à la situation effective de chaque personne, un par un. MG2-29*
- *On définirait aussi la continuité pour le patient d'avoir toujours un médecin disponible MG4-134-135*
- *Les besoins évoluent sans cesse parfois à la hausse, parfois à la baisse, et pouvoir sans cesse réévaluer et réajuster, c'est aussi un gage de qualité de soins et de continuité des soins CoS1-140*
- *C'est toujours un jeu de puzzle autour du patient, en fonction de tout son contexte, soins de santé, social, familial, financier. Tout va vraiment s'imbriquer différemment ; on n'a pas deux prises en charge les mêmes et de par ce fait, il n'y aura pas deux fois la même qualité de prise en charge. CoS2-44*

#### 1.1.1.2.2. LA QUALITE DE LA RELATION PATIENT-THERAPEUTE EST IMPORTANTE

Les infirmières travaillant en groupe (2) pensent que les patients attendent beaucoup d'une relation de qualité. Les infirmières (3) ont signalé que l'inverse est vrai aussi : elles sont aussi en attente d'une relation de qualité avec le patient.

Des kinés (solos 1) en ont parlé comme d'un art parfois difficile. Les kinés 2 et 3 ont longuement insisté sur l'aspect thérapeutique de la relation avec des patients en manque de considération ou d'écoute, souffrant de pathologies psychosomatiques. Pour que cet effet apparaisse, la dilution de la relation avec plusieurs thérapeutes n'est pas souhaitable (kinés 3).

Des MG (solos 2,3,4) ont aussi évoqué cet aspect, quitte à jouer parfois au « magicien » pour préserver la relation et les demandes du patient. Ils ont cité de nombreux exemples qui montrent la place importante tenue par la qualité relationnelle dans leur travail. Ils doivent régulièrement faire face aux défauts de ce type de relation au niveau du 2<sup>e</sup> échelon de soins. Avec l'âge du patient, les besoins en technique sont moins importants que les besoins relationnels. Les MG (1) ont cité en exemple le succès des médecines parallèles où le patient est bien écouté.

Les coordinateurs de soins (1) ont évoqué l'importance de l'écoute et du contact direct avec le patient.

- *Moi, je crois aussi qu'au niveau kiné, il y a quelque chose aussi ..., l'écoute ; il y a quand même plein de plaintes somatiques qui arrivent « j'ai mal ici comme ça » et on ne trouve rien. Alors, il y a des espèces de pathologies un peu fourre-tout où on met un peu tout ça : des fibromyalgies pour l'instant, ... K2-13*
- *Si le contact ne passe pas bien avec l'infirmière, il n'y a pas de qualité de soin I2-14.*
- *Domage pour le patient parce que moi, il y a déjà dix ans que j'y vais, c'est dommage qu'il ne finit pas sa vie avec moi parce qu'il est avec sa femme. Je viens d'avoir le cas, il y a deux mois, et ça, moi, ça me choque énormément inf3-82*
- *c'est vrai qu'il y a des tas de choses probablement qu'on prescrit, qui n'ont rien démontré, mais où on se sent coincé parce que de toute façon, il n'y a rien à prescrire en soi, et qu'on est là, et que le patient est fort demandeur et qu'on se dit, tant pis, je le ferai même si je sais que ça ne servira peut-être pas MG3-113*
- *Des gens qui débarquent chez nous complètement affolés, parce que ça c'est très mal passé, parce que finalement, tout l'aspect scientifique du problème a été très bien*



*décortiqué, le diagnostic a été fait parfaitement, mais alors, tout ce qui était prise en charge du patient a été catastrophique MG4-25*

- *Et je trouve que c'est ça qui est vraiment important, c'est qu'on a la possibilité d'écouter le patient, de le comprendre CoS1-165*

#### 1.1.1.2.3. LA RELATION DE LONGUE DUREE DEVELOPPE LE LIEN AVEC LE PATIENT

La relation de longue durée permettant de bien connaître le patient semble un atout pour assurer des soins de qualité pour les infirmières et les kinés. La fréquence des contacts renforce le lien mutuel patient/infirmière (infi 3, kinés solos 1).

Des MG (solos 2,4) ont souligné cet aspect caractéristique de leur métier, avec des prises en charge qui s'étalent parfois sur plusieurs générations. Cet aspect particulier apporte des satisfactions au point de vue relationnel tant au médecin qu'au patient ; il y a, à la longue, une relation de type familial qui s'établit. Un patient se confie préférentiellement à un seul médecin ou soignant. Certains MG parlent même de liens très proches tissés avec des familles dont ils connaissent tous les membres. Par contre, le groupe des kinés et celui des MG reconnaissent que, parfois, le patient chronique est trop bien connu et que certains changements pourraient échapper à leur vigilance.

- *Je vois quand même souvent mes patients et longtemps, plus le contexte je vais dire familial... on les voit souvent, pour ainsi dire quotidiennement minimum une demi heure... on a une autre connaissance du patient, je crois, que le médecin K1-70*
- *le fait de trop bien connaître un patient parfois, qu'on les suit depuis longtemps, qu'on les voit trop souvent, on peut passer à côté de quelque chose parce qu'on fait toujours attention aux mêmes choses MG3-48*
- *Je suis médecin de famille depuis 31 ans, il y a des gens que je connais depuis une trentaine d'années et qui viennent toujours chez moi, avec qui j'ai lié vraiment des relations vraiment importantes et pour eux, et pour moi MG4-26*
- *cette espèce de familiarité qui s'installe avec le temps parce que ce sont des parents, les enfants qui viennent, les gens qui viennent avec des petits enfants, maintenant, je les ai soignés quand ils étaient adolescents MG4-42*

#### 1.1.1.2.4. LA QUALITE EST LIEE AU TEMPS CONSACRE A LA RELATION (DANS LE TEMPS DE SOINS)

Les infirmières travaillant en groupe (2) ont beaucoup insisté sur le temps à prendre tant pour la qualité de leur travail que pour la relation. La relation développée avec le patient donne du sens au travail quotidien et participe à la satisfaction professionnelle. (Infirmières groupe 1)

Les kinés 3 ont longuement insisté sur la qualité de l'écoute lors des soins, qui permet de bien comprendre la pathologie, de considérer pleinement le patient comme une personne, de permettre à ce dernier d'aller au-delà du soin et de « vider son sac ».

Des MG (1) ont cité l'importance du temps de consultation pour ne pas bâcler les choses. D'autres (solos 4) ont pointé le danger potentiel que constitue l'informatisation à cet égard.

- *La qualité des soins, chez certaines personnes, il faut prendre le temps de faire ce qu'on a à faire correctement I2-13*
- *Mais voilà aussi pourquoi j'aime bien mon boulot, c'est parce qu'on a le temps de passer du temps avec des gens I1-155-153*
- *Si déjà on prend le temps ... on tente justement de bien comprendre le problème ..., je pense qu'au niveau de la qualité des soins à ce moment-là, pour lui, il se rend déjà bien compte qu'on ne le prend pas comme une vulgaire personne qui passe... K3-12*
- *j'ai toujours préféré pouvoir consacrer assez de temps aux gens plutôt que de rester seul et devoir bâcler des choses. MG1-7*
- *Le temps que tu regardes dans ton programme informatique et tout ça, tu n'écoutes pas le patient MG4-90*

#### 1.1.1.2.5. LA ROUTINE REDUIT LA QUALITE DES SOINS

Des MG (solos 3) et les CoAF ont attiré l'attention sur ce point dans les soins chroniques.

- *Quand on écoute trop souvent les gens, on les examine trop souvent, on passe parfois à côté de trucs MG3-52*
- *il vaut parfois mieux attendre qu'un dossier aille mal pour pouvoir s'en occuper, c'est ça. Souvent ça tourne, ça ronronne et voilà CoAF-37*

#### 1.1.1.2.6. LA PRISE EN CHARGE EN 1E LIGNE EST GLOBALE (MODELE HOLISTIQUE)

La prise en charge globale caractérise le travail en première ligne (Infirmières groupe 1). La globalité implique un regard sur tout, et cette demande implicite du patient est parfois ressentie comme assez lourde (infirmières 3).

Des MG (1) se voient comme des conseillers en santé, présents pour leurs patients dans la durée. D'autres (solos 3,4) essaient d'effectuer une prise en charge globale. L'accès au domicile du patient est un élément original important. Ils la comparent avec la prise en charge cloisonnée du monde hospitalier. La globalité est un déterminant de la qualité (MG solos 2).

Les coordinateurs de soins (1,2) sont également très sensibles à la prise en charge globale du patient.

- *Il faudrait vraiment que l'infirmière qui vient prenne tout en charge. C'est normal, elle fait partie de la famille, elle fait partie de la maison, elle fait partie des meubles, elle est là pour tout voir, pour tout savoir, et moi, c'est ce que je trouve parfois de très lourd, cette demande sous-jacente que le patient ne verbalise pas toujours, mais qui est existante. Inf3-37*
- *Pour moi, je dirai que la qualité des soins, ce sont des soins qui prennent en compte l'ensemble du patient. Mais l'ensemble de la personne du patient dans son parcours personnel de vie, aussi dans son environnement et sa famille ... l'intégration, la prévention, du curatif, c'est très important. Oui, voilà, les données économiques aussi du patient. MG2-29*
- *Je trouve qu'aller à domicile, ça apporte, même si on perd plus de temps, c'est clair, mais on voit tellement de choses par rapport à la vie du patient, à sa façon de vivre, à son hygiène, pour moi, c'est vraiment assez primordial dans notre métier MG3-280*
- *Toujours tenir compte de ce que vit la personne, de l'aspect vraiment psychologique et de la difficulté que la personne rencontre à domicile... CoS1-2*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

Tous les soignants disent explicitement que le patient est au centre de leurs préoccupations. Il leur faut donc, pour assurer des soins de qualité, répondre à la demande du patient, à ses attentes, à ses besoins, et ce, en fonction du contexte en constante évolution. Chaque patient vit une situation particulière selon son âge, sa maladie, son environnement. L'importance de la prise en charge globale est évoquée par tous également. Ils évaluent la qualité à l'aune de la satisfaction du patient, essentiellement.

Les coordinatrices de soins et les coordinatrices d'aides-familiales parlent peu des autres aspects qui sont essentiellement liés au contact fréquent avec le patient. Les membres des autres groupes insistent sur l'importance de la relation thérapeute patient : écouter le patient pour le comprendre ou pour, simplement, lui apporter une présence. Tout cela permet d'établir des liens de confiance qui aideront la personne. Le groupe des infirmières et celui des kinés parlent plus spécialement du contact physique bénéfique dans la relation thérapeutique. Dans le même ordre d'idées, le temps passé avec le patient lors du soin doit être de qualité et consacré uniquement au patient.

#### Réflexion

Les soins à domicile ont des spécificités qui les distinguent des soins hospitaliers. L'aspect holistique, l'inscription dans la durée, l'influence de l'environnement, l'immense importance des aspects relationnels... Les professionnels du domicile ont visiblement une conscience de ces spécificités, ils en reconnaissent surtout l'importance en termes de qualité des soins. Il s'agit vraisemblablement d'éléments susceptibles de susciter ou d'alimenter un sentiment identitaire, commun à tous les professionnels du domicile... Evoquer ces caractéristiques des soins à domicile, les expliquer, les diffuser, pourrait assurément avoir des effets fédérateurs...

## 1.1.2. LES SOIGNANTS

### 1.1.2.1. EN TANT QUE PERSONNE

#### 1.1.2.1.1. LA QUALITE DEPEND DE LA MOTIVATION INDIVIDUELLE

Parmi les kinés (1,2) on a souligné l'importance de la motivation personnelle, du temps et des compétences investis.

Les coordinateurs de soins (CoS1) pensent que chaque soignant devrait partager la responsabilité du travail bien fait. Un investissement personnel est quelquefois nécessaire pour assurer des soins de qualité. Cela se fait sur une base volontaire, non reconnue par la profession. (CoS2)

La motivation du médecin est modulée par l'attitude des patients telle qu'il la ressent (MG1). Un médecin peu motivé peut avoir un impact négatif sur la qualité des soins (MG solos 2).

- *Parce que je tiens justement à cette qualité de soins, je ne travaille pas avec mon chronomètre K1-60*
- *Alors, si on revient à des patients qu'on connaît vraiment très très bien, qui nous font vraiment confiance, on se dit, tiens, il a eu la patience de patienter une heure et demi, il a vraiment envie de me voir, je trouve que là, ça me booste et on est certainement au sommet de notre forme. Par opposition on peut être en petite forme avec certains MG1-119*
- *Ca peut être la manque de motivation du médecin aussi, il peut y avoir du je m'en-foutisme aussi dans le métier de médecin, donc ça peut être les deux, mais j'espère que c'est le moins possible. MG2-45*
- *La qualité de soins, la continuité de soins et la pluridisciplinarité, c'est l'affaire de tous, tous ensemble et de chacun individuellement CoS1-225*
- *dans les infirmières avec qui je travaille, il y en a peut-être que deux qui veulent bien donner de leur temps bénévolement, ou qui ne pratiquent pas le TP ou qui sont volontaires pour pouvoir investir de leur temps, de leurs moyens pour le bien-être du patient. CoS2-12*

#### 1.1.2.1.2. LA QUALITE DES SOINS EST CONDITIONNEE PAR LA QUALITE DE VIE DU THERAPEUTE

Les MG (1,2,4) ont beaucoup insisté sur la qualité de leur vie professionnelle et ont cité tant les facteurs de risque (surcharge horaire, problèmes familiaux personnels, formation continue en dehors des heures de travail) que les solutions possibles (travail en groupe, organisation de rendez-vous, postes de garde). La qualité des soins prodigués par un médecin est étroitement liée à sa qualité de vie et à l'harmonie entre vie professionnelle et vie personnelle.

Un équilibre entre vie professionnelle et vie privée peut être menacé par la charge de travail, mais est nécessaire quand on recherche des soins de qualité (CoS2).

- *je crois que pour rester un humain à l'écoute, il faut autre chose à part la médecine. Moi, personnellement, j'ai absolument besoin d'un minimum d'équilibre entre la médecine et le reste. MG1-12*
- *Moi, quand j'entends continuité, c'est d'abord ma continuité dans l'activité que j'ai, c'est-à-dire que mes patients ne restent pas tout seul avec un téléphone. En ce qui me concerne, ma continuité, ça m'emmerde prodigieusement. Je trouve ça une exigence crasse vis-à-vis*

*du médecin. Je comprends que ce soit totalement indispensable pour le patient, mais moi, ça nuit à la qualité de ma vie MG2-162*

- *si tu es fatiguée, on va moins bien travailler, donc on aura une moins bonne qualité pour les gens MG4-50*
- *je pense que c'est beaucoup plus dur maintenant avec des petites prestations que quand on faisait des quatre et des huit heures, ... maintenant, avec des déplacements d'entre un quart d'heure et une demi heure, avec la valise, et qu'on fait en trois heures ce qu'on doit faire en quatre, résultat, il y a beaucoup de problèmes de dos, d'épuisements AF-39*
- *c'est humain, tout le monde a envie de rentrer chez soi dans des heures raisonnables Tout le monde a envie d'avoir une vie après le travail, tout le monde a besoin de souffler, etc.... CoS2-12*

### Réflexion

La qualité des soins dépend également de facteurs individuels, tels que la motivation (et son maintien au fil du temps) ou encore l'équilibre personnel des soignants. Dans certains pays, les responsables en santé ont jugé opportun (voire efficient) de subventionner des actions concrètes de soutien au bien-être des soignants (lieux de parole, prise en charge du burn-out,...). De telles actions relèveraient-elles des missions des SISD ?

### 1.1.2.2. EN TANT QUE PROFESSIONNEL

#### 1.1.2.2.1. MAÎTRISE DES COMPÉTENCES TECHNIQUES

Les infirmières travaillant en groupe (2) ont insisté sur la complexification des soins au cours des dernières années, depuis que les durées d'hospitalisation ont été raccourcies. Pour gérer les situations qui leur sont confiées, elles doivent faire preuve d'imagination. Le nombre de compétences techniques à maîtriser par les infirmières travaillant en première ligne est important, au contraire de leurs collègues spécialisées dans les services hospitaliers. (Infirmières groupe 1)

Des kinés (solos 1) ont insisté sur la singularité de leur compétence manuelle. Un kiné (2) trouvait sa compétence limitée. Les kinés 3 en ont peu parlé, mais trouvent la compétence importante.

Pour les MG (solos 2), l'utilisation de technologies de pointe, des dernières avancées scientifiques disponibles (pour le diagnostic ou le traitement) est un aspect de la qualité de soins. La perception du patient au sujet de la qualité des soins repose aussi sur ces ressources techniques. L'utilisation judicieuse de ces techniques est un autre aspect de la qualité des soins.

Les coordinateurs de soins (1) sont sensibles à la maîtrise des compétences techniques par les intervenants. Souvent elles-mêmes infirmières, elles sont assez bien placées pour évaluer cet aspect, mais parfois s'appuient sur d'autres professionnels pour l'évaluer.

Les CoAF ont souligné la difficulté des aides-familiales à se situer dans le processus de soins, vu leur moindre qualification.

- *Remettre en question notre technique ? on a un arsenal, du moins de base .. Moi je dis, je l'ai ressenti relativement pauvre. Je me suis senti un petit peu incompetent, quasiment K2-69*
- *Avant, c'était vraiment rare d'avoir des drains à domicile, maintenant, c'est fréquent I2-5*
- *C'est de trouver des solutions, je vais dire, pour quelque chose qui les handicape tous les jours mais parfois, on doit être imaginatifs I2-32*
- *Un des aspects de la qualité, c'est de faire ce qu'on fait de mieux pour le moment, le dernier cri, la réactualisation des connaissances, les guidelines, les performances, et de voir ce qui se passe au goût du jour. Parce que les vérités d'aujourd'hui sont les erreurs d'hier, un peu un panaché de tout ça. C'est un des aspects de la qualité ou des relations, l'aspect personnel, etc. MG2-25*

- *C'est très important pour nous en tant qu'infirmières ...que les soins soient techniquement d'aussi bonne qualité. ... CoS1-6*
- *les aides-familiales ... elles aussi dans leur tête elles disent je vais nettoyer là-bas et c'est pas vraiment l'objectif et elles se complaisent là-dedans ; elles font juste le ménage et elles arrêtent tous les autres objectifs CoAF-24*

#### 1.1.2.2.2. EN PREMIERE LIGNE IL FAUT ETRE POLYVALENT

Des kinés travaillant en groupe (2) ont cité plusieurs tâches réalisées dans leurs groupes ne relevant pas directement de la kinésithérapie mais bien de la prise en charge globale de la santé.

Le nombre important de compétences techniques à maîtriser en première ligne peut-être un frein à la qualité des soins. (Infirmière groupe 1)

La polyvalence est une caractéristique des MG (solos 4), des coordinateurs de soins (1). La prévalence des problèmes sociaux intriqués peut être un frein à la qualité des soins purement médicaux (MG1).

- *On parle de pluridisciplinarité et de transdisciplinarité, donc c'est à dire qu'en dehors de notre pratique, c'est vrai qu'on fait aussi d'autres choses à la maison médicale, de la gestion etc., mais aussi, on accepte, dans notre pratique de kinés aussi de faire autre chose... j'ai un regard sur le patient que je vais transmettre au médecin... On s'élargit aux autres secteurs et on se laisse traverser - trans - par les autres disciplines. C'est l'idéal, on fait les malins, mais c'est l'idéal. K2-255*
- *Oui, on nous demande d'être polyvalentes donc on n'a pas toujours les capacités pour l'être. I1-68*
- *Et c'est pourtant ça l'essentiel. C'est quand même finalement d'arriver à soigner les gens et leur apporter une santé correcte aussi correcte possible. Et il y a un tas de choses qui entravent ça et notamment, le social chez moi, ça pose pas mal de problèmes. MG1-143*
- *En médecine générale ... on ne peut pas se permettre d'être pointus comme un spécialiste, mais il faut avoir vraiment les connaissances de base qui nous permettent de discerner au mieux les choses MG4-8*
- *On est à la fois coordinateur, médiateur, explorateur. On a un petit peu toutes les casquettes en fonction des cas ... CoS1-19*

#### Réflexion

La gestion de patients en situation complexe constitue de plus en plus le pain quotidien des intervenants du domicile. La « gestion de la complexité » devient en conséquence une compétence transversale qui influence grandement la qualité des soins : elle mérite probablement d'être prise en compte dans une démarche de formation pluridisciplinaire. Le questionnement éthique en situation complexe semble effectivement concerner tous les professionnels.

#### 1.1.2.2.3. LA QUALITE DEPEND DE LA FORMATION (INITIALE ET CONTINUEE)

Les infirmières travaillant en groupe (2) ont parlé de l'importance de la formation continuée, et de la compétence que ça leur donne par rapport aux médecins.

Des kinés (solos 1) ont insisté également sur l'originalité de leur formation de base en médecine physique, dont ils estiment qu'elle les rend plus compétents que les médecins. Certains accepteraient un allongement de leur formation initiale en échange d'une plus grande liberté thérapeutique et d'un affranchissement des prescriptions de médecins qu'ils n'estiment pas toujours compétents. Par ailleurs, ils ont abondamment parlé de l'offre de formations continuées spécifiques dans divers secteurs de leur métier ; ils souhaiteraient une plus grande rigueur dans les contenus et les durées de formation, une législation qui permettrait de distinguer les diverses qualités de l'offre, de reconnaître officiellement les diplômes délivrés et de maintenir un niveau de formation continuée minimale, comme pour les médecins. Les kinés travaillant en groupe (2) ont insisté sur le prix élevé de ces formations complémentaires et sur l'intérêt relatif d'une

spécialisation très pointue dans leur domaine. Les kinés 3 ont également parlé des formations complémentaires à la kiné « de base ». Ils les trouvent indispensables pour compléter leur formation de base et pour éviter une dérive vers le charlatanisme et souhaitent que les diplômes jouissent d'une reconnaissance. Ils pensent savoir que certaines spécialités de kiné (13 ?) seront bientôt reconnues. Ils regrettent également le prix souvent élevé des formations.

Des MG (solos 3) ont cité en exemple la longueur de leur formation initiale, gage de qualité. Ils n'ont pas parlé de la formation continue actuellement organisée. Certains (1) ont insisté sur la nécessité de la formation continue pour faire face à l'évolution rapide des connaissances ; pour certains, la rapidité de cette évolution est source d'angoisse. D'autres (solos 2,4) ont souhaité une formation continuée bien ciblée, complément indispensable d'une formation de base sur la qualité de laquelle ils sont critiques. Certains seraient favorables à une recertification périodique.

Les coordinateurs de soins ont insisté d'une part sur la formation continuée des infirmières, et d'autre part sur les compétences réelles des intervenants, indépendamment de leur formation : certaines personnes non qualifiées peuvent fournir un travail de qualité (CoS1), mais cette forme de concurrence avec des professionnels encadrés n'est pas toujours fort appréciée (CoS2). Le travail de coordination demande une remise à jour continue des connaissances du réseau, des techniques de soins (CoS2).

Les CoAF voient leur service mis en concurrence avec les titres-services, prodiguant un service comparable avec du personnel non formé.

- *On a fait des formations, par ex. sur les pansements, on s'est mis un petit peu... réactualisées et il y a des choses qu'on saura peut-être mieux qu'un médecin qui travaille depuis autant d'années qui n'a pas l'habitude de faire les pansements I2-111*
- *Une spécialisation, ça vient à partir de quoi ? Un week-end de formation, quatre heures, deux heures ? A partir de quand est-ce qu'on peut se dire « je suis spécialisé en drainage lymphatique, en kiné sportive, en environnement, en diététique, en ostéopathie, en ceci, en cela ? ... il serait quand même grand temps de légiférer et d'avoir des écoles où on aurait des diplômes et des reconnaissances et des spécialités reconnues K1-126*
- *Et puis ça reste des formations aussi très pointues dans certains domaines... Oui, c'est bien de se spécialiser un petit peu dans certaines choses mais on reste vraiment de la première ligne de chez première ligne... Donc il ne faut pas non plus que cette formation coûte un prix exorbitant, et que finalement, pour une patientèle qui va représenter peut-être 20% de la population de la maison médicale, qui a besoin de soins de kiné ... K2-75*
- *On va vers ça, je t'assure, on va vers les formations, oui, oui, on va vers une reconnaissance des spécialités au niveau de la kinésithérapie, je crois qu'il y a treize spécialités qui ont été nommées, en tous cas, la neurologie, la gériatrie, la rééducation pelvienne, la thérapie manuelle, enfin il y en a treize et on parle de plus en plus de rallonger les études, de porter les études à cinq ans. On parle de reconnaître certaines thérapies, la kinésithérapie sportive aussi. K3-239*
- *La notion de compétence, pour moi, implique que le médecin, il y ait une notion de permanence dans sa formation, et donc de se maintenir au courant en permanence, des actualités, des domaines dans lesquels il va être un peu plus performant. La médecine évolue, donc il faut qu'on évolue avec aussi. MG1-7*
- *Tout a tellement changé que c'est une angoisse journalière de dire voilà, puis il y a des domaines qu'on aime mieux, des domaines qu'on aime moins, et alors forcément, s'il faut faire des choix, en général ils se portent vers ce qu'on préfère et puis on est toujours un peu moins performant dans certains domaines et c'est une angoisse, moi, ça me poursuit un peu. MG1-213*
- *La qualité des soins, ça passe souvent par une bonne connaissance de son métier (...) vraiment réfléchir beaucoup et puis se former en permanence pour être toujours plus ou moins au fait de ce qui est nouveau. MG2-37*
- *Le niveau plus que correct de notre formation... la longueur de la formation est en soi un gage de bonne facture MG3-17*

- *je pense qu'il faut absolument, au fur et à mesure, rester ou devenir de plus en plus compétent MG4-7*
- *Du point de vue du pouvoir public, la qualité, c'est quelque chose qui se mérite, qui s'évalue, qui devrait s'évaluer par des examens de compétences MG4-81*
- *Ce que j'avais envie de dire, au niveau qualité, c'était aussi "personne qualifiée"...mais je pense que ça a son importance, bien qu'il peut y avoir des personnes non qualifiées qui conviennent aussi tout à fait CoS1-10*
- *quand on parle de garde privée c'est bien quelqu'un qui n'a pas de formation, qui n'a pas une personne qui l'encadre avec, je vais dire, un chef de service qui va lui remettre des règles de déontologie et ce genre de choses. Donc, clairement, quand on travaille avec des gens, on travaille en parallèle, ce n'est pas pour moi quelque chose d'assez qualitatif par rapport aux soins du patient. CoS2-22*

#### Réflexion

La formation de base ainsi que la formation continuée propre à chaque discipline ne relèvent probablement pas de l'action d'un SISD. Il est toutefois interpellant de constater, d'une part, qu'un besoin important de formation continuée est communément exprimé et que, d'autre part, la reconnaissance mutuelle de compétences spécifiques à chaque discipline reste parfois problématique.

#### 1.1.2.2.4. LA QUALITE DEPEND DU RESPECT DES LIMITES DE COMPETENCES PERSONNELLES

En miroir de la diversité de spécialisations possibles en kiné, des kinés (solos 1) ont insisté sur les limites de compétences personnelles qui en découlent.

Des MG (solos 2) ont évoqué une frustration possible vis-à-vis des limites de leurs compétences. Ils appellent aussi à une délimitation coordonnée des compétences professionnelles. D'autres MG (solos 3,4) ont évoqué l'humilité nécessaire devant la complexité des situations.

Les CoAF ont signalé d'une part que les AF sont parfois amenées à prodiguer des soins aux limites de leurs compétences. D'autre part, les demandes des autres prestataires les confrontent à leurs propres limites.

- *C'est quand je me dis que j'ai pu traiter, à mon niveau, des problèmes dont j'estimais qu'ils étaient du niveau de la médecine générale. Et quand je pense que ce n'est pas de qualité, en ce qui me concerne, c'est quand je me suis dit, ou j'ai référé, alors que je me dis que j'aurais du savoir me débrouiller. Ca, c'est assez subjectif, ça m'arrive quand même MG2-80*
- *Je suis persuadé que les pharmaciens ne savent pas reconnaître des verrues. MG2-180*
- *elles reviennent toujours vers nous avec l'espoir que nous allons trouver une solution et nous on est très démunies ; et d'autres personnes se retournent vers nous aussi ; les administrateurs de biens, et les médecins parfois CoAF-25*
- *Moi j'avais une famille où il fallait faire une sorte de puff à la personne et il y avait une petite capsule dans l'appareil qui perce la capsule et la personne doit inhaler. Et l'aide-familiale a voulu donner la capsule per os parce qu'elle ne savait pas qu'il fallait la mettre dans l'appareil CoAF-83*

#### 1.1.2.2.5. LA QUALITE EST LIEE A L'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

Des MG (solos 3,4) et les AF ont souligné le rôle positif de leur expérience clinique et relationnelle accumulée sur le terrain et au fil du temps. Les coordinatrices de soins ont également parlé de l'expérience de terrain, distincte de l'apprentissage en formation.

- *Il y a le manque d'expérience ... il y a des cas, forcément, c'est vraiment des nouveautés... à la deuxième ou au deuxième événement de ce type-là ... peut-être qu'on sera encore plus performant MG3-108*

- *On a la connaissance, mais on n'a pas le reste [la compétence relationnelle] et ça s'acquiert avec l'expérience MG4-24*
- *Ca fait dix ans que je fais de la coordination, mais c'est vrai qu'on a quand même de la bouteille qu'on prend, et on évolue par rapport à ça. Et je ne pense pas que c'est les formations en elles-mêmes qui nous apprennent vraiment cette manière-là. CoS2-51*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

La plupart des professionnels mentionnent les compétences du thérapeute comme déterminant de qualité des soins. Le besoin d'une bonne formation de base et de formations complémentaires ou continuée est mentionné surtout par les kinés et les MG. Les kinés évoquent de nombreuses formations complémentaires fort onéreuses et la protection de leur titre. Ils souhaitent également la mise en place d'une forme d'accréditation qui leur permettrait de valoriser ce temps de formation. Les kinés, MG et AF évoquent le complément de compétences apporté par l'expérience. Les coordinatrices de soins, les AF et les infirmières évoquent la variété de tâches qui leur sont demandées par le patient. Certains MG voient dans la polyvalence une distraction par rapport à leur mission fondamentale qui est de soigner.

### 1.1.3. LES STRUCTURES DE SOINS

#### 1.1.3.1. LA NOMENCLATURE EST TROP COMPLEXE ET DONC MECONNUE

Des kinés (solos 1) ont pointé les limites à la prescription effectuées par des médecins, limites qui leur sont directement préjudiciables. Des kinés travaillant en groupe (2) ont souligné la complexité de la nomenclature, dans laquelle les médecins prescripteurs se perdent.

Des MG (solos 3,4) ont évoqué à cet égard les difficultés de remboursement de certains médicaments, la lourdeur de l'administration. Ils souhaiteraient une aide administrative structurée.

- *La simplification de la nomenclature parce que les médecins, ils sont perdus dans les pathologies courantes, les F, les lourdes, ils ne savent plus ce que c'est. K2-81*

#### 1.1.3.2. LE CADRE LÉGAL N'EST PAS ADAPTÉ À LA PRATIQUE DE TERRAIN

Les échelles d'évaluation du patient conditionnent l'octroi d'aide matérielle et ne paraissent pas adaptées à la pratique (Infirmières groupe1). Des infirmières travaillant en groupe (2) ont dit que beaucoup de petites tâches de soins qu'elles effectuent ne font pas l'objet d'une prise en charge de l'assurance maladie ; en outre, chez des personnes dépendantes, elles assurent quelques tâches quotidiennes qui n'ont rien à voir avec les soins. Le paiement forfaitaire tel que pratiqué dans les maisons médicales a été cité comme une solution partielle à ce problème.

Les kinés solos (1) ne sont pas encore remis des réformes initiées par le ministre Vandebroucke il y a quelques années. On sent toute la frustration engendrée par la législation actuelle, trop étreinte à leur avis pour prendre les patients en charge de façon efficace. Des kinés travaillant en groupe (2) ont regretté l'absence de financement pour les tâches administratives, pour la coordination. Les kinés 3 trouvent la réglementation trop rigide quant aux durées des séances.

Certains MG (1) ont dénoncé le recours abusif à la médecine générale pour des activités annexes, certificats d'assurance, certificats pour les absences scolaires, qui donnent l'impression d'une déresponsabilisation des acteurs sociaux.

Les coordinateurs de soins (1) et les CoAF ont mentionné des difficultés liées à des critères de financement trop rigides ou mal adaptés au cas du patient : financement par nombre d'intervenants, concurrence des services d'aides familiales et des titres-service via la déductibilité fiscale, etc. L'harmonisation des réglementations est souhaitée (CoS1, CoAF).



Le cadre législatif concernant la définition des tâches des soignants laisse de nombreuses zones d'ombre. La situation de la garde-malade à domicile est exemplative : profession non reconnue mais nécessaire, tarif non fixé, réseau parallèle non régulé, pas de protection professionnelle, ... La manière dont le travail de l'aide-familiale est légalement défini donne parfois lieu à des situations aberrantes (ex : octroi d'heures, préparation de médicaments,...). La responsabilité de la continuité des soins à la sortie d'une hospitalisation n'est pas bien définie. La loi est parfois contournée, avec l'accord et la compréhension de l'équipe soignante, pour arriver à des solutions sur le terrain. La redéfinition des tâches des autres professions du « domicile » dans un contexte de pénurie d'infirmier(e) paraît primordiale pour assurer des soins de qualité (CoS2).

- *Ils ne sont pas dans la liste. Préparer les médicaments, ... préparer un semainier, mettre des gouttes dans les yeux, ... c'est préparer un aérosol, c'est plein de choses I2-276/282*
- *Doit-on faire des recyclages à Lourdes pour guérir une sciatique en 9 séances ou en 18 séances ? K1-60*
- *Le problème aussi, c'est ça, c'est que les gens sont quand même fort parapluie et peu de gens prennent leurs responsabilités. Il y a l'absentéisme scolaire... Demandez à votre médecin de faire un certificat pour couvrir les dix jours parce qu'après dix jours d'absentéisme, on demande au SAJ d'intervenir. MG1-34*
- *Au niveau de l'INAMI, les critères qui justifient un passage ou deux par jour, à certains moments, ne répondent pas à des situations ... le patient désorienté...est encore tout à fait apte physiquement à aller aux toilettes, à marcher. Il est désorienté, il a besoin d'un accompagnement. Au niveau INAMI, je ne sais rien rectifier au niveau de ce patient CoS1-228*
- *c'est la garde-malade elle-même qui doit prendre ses responsabilités vis-à-vis de la loi belge, etc..., et donc nous normalement, à part le fait qu'on fasse des horaires pour elle, on n'a pas de lien de subordination, des salaires, c'est elle qui décide combien elle a de l'heure, c'est elle qui gère son travail. C'est elle qui doit se mettre en relation avec la loi et prend même une assurance privée dans le cadre du travail. CoS2-21*
- *Moi, vraiment comme je débute, ça me fait toujours rire de reconnaître les petites astuces ... s'il a une aide-ménagère, donc uniquement pour le ménage et des repas à domicile, ça lui revient plus cher que de prendre une aide-familiale deux fois par semaine qui va lui faire faire ça pour toute la semaine. Qui va lui congeler, qui n'aura plus qu'à réchauffer, donc c'est deux choses à connaître au fur et à mesure du temps, à proposer aussi à la famille, à voir ce qu'eux aussi, ils ont envie. CoS2-202*

#### Réflexion

L'inadéquation du cadre légal interfère avec la qualité des soins, selon de nombreux professionnels du domicile. Relayer ces constats vers les pouvoirs décisionnels concernés relève-t-il des fonctions d'un SISD ou des SISD réunis ? Dans ce domaine, où se situe la limite entre une démarche visant la qualité des soins et une action de défense professionnelle ?

#### **1.1.3.3. LA QUALITÉ DÉPEND DE L'ÉQUIPEMENT (=MATÉRIEL) DISPONIBLE**

Le matériel mis à disposition par les patients pour les soins infirmiers est parfois inadapté ou insuffisant (Infirmières groupe 1). Les infirmières travaillant en groupe (2) ont souligné l'évolution du matériel qui a heureusement accompagné l'évolution de la complexité des soins.

Les kinés 3 ont déploré le manque de matériel adapté pour leurs soins.

Des MG (solos 2) ont critiqué le pouvoir attractif de l'équipement sophistiqué, pas toujours utile. D'autres MG (solos 4) ont signalé l'importance du matériel nécessaire pour un service de garde performant.

- *Les personnes n'ont pas non plus toujours ce qu'il faut pour les soigner correctement I1-26*
- *On a une jeep qui est complètement équipée avec aussi bien le matériel de première urgence, ou bien les soins de plaie, électrocardiogramme, on a un défibrillateur MG4-157*

#### 1.1.3.4. LA PLURIDISCIPLINARITÉ EST UN DÉTERMINANT DE LA QUALITÉ

Des infirmières travaillant en groupe (2) et le groupe kinés (3) ont cité la pluridisciplinarité comme déterminant de la qualité, mais sans l'expliquer.

Les coordinatrices de soins ont expliqué ce point un peu plus en détails : la collaboration qui valorise les partenaires au niveau relationnel permet une meilleure circulation de l'information et un soutien réciproque (CoS2)

- *Idéalement, c'est un travail de partenariat, d'échanges, de confiance, c'est vraiment un travail relationnel en essayant toujours d'améliorer la qualité des échanges, la qualité de la collaboration et c'est un plus pour le patient, et c'est un plus pour nous aussi parce qu'on n'est jamais seuls alors par notre situation. Je dirais qu'idéalement, on est là pour épauler les prestataires, et ils sont là pour nous épauler aussi quand on a besoin d'eux. On ne saurait pas faire de la coordination, on ne travaille pas en réseaux, en partenariat, c'est impossible CoS2-151*

#### Réflexion

L'action pluridisciplinaire et concertée est identifiée par plusieurs intervenants comme un facteur d'amélioration de la qualité des soins. Nous y reviendrons plus loin...

#### 1.1.3.5. LA QUALITÉ DÉPEND DU TEMPS CONSACRÉ AUX SOINS AVEC LE PATIENT (= CHARGE DE TRAVAIL) LA SURCHARGE DE TRAVAIL LIMITE LA QUALITÉ.

Pour les infirmier(e)s en groupe (1,2), un temps minimal est nécessaire pour des soins de qualité. La charge de travail importante, la cadence imposée par les tournées, le temps associé au déplacement entre chaque domicile, le manque de ressources humaines, ... sont autant d'éléments qui réduisent le temps disponible.

Des kinés (travaillant en groupe 2 et kiné 3) ont fort insisté sur la surcharge administrative, chez eux-mêmes et chez les généralistes.

Certains MG (1) ont cité le temps passé avec le patient à lui expliquer son problème comme un déterminant de la qualité. D'autres (solos 3,4) ont cité la surcharge de travail comme obstacle à la qualité dans un contexte de réduction de la main d'œuvre disponible et ont évoqué la pratique de groupe, l'aide administrative comme des solutions.

Les CoAF ont fortement insisté sur la dégradation progressive de la qualité de leur travail liée à l'inflation des demandes sans augmentation du cadre. Les CoAF sont parfois victimes de leur efficacité.

La prise en charge idéale demanderait souvent plus de temps que ce que le cadre de travail permet, et les soignants le regrettent. Lorsque le temps professionnel manque, ils doivent parfois empiéter sur leur temps personnel pour garantir la qualité des soins (CoS2).

- *Il y a le problème de temps qu'on nous demande à nous, ... c'est vrai qu'il faut qu'on fasse un tel nombre de patients... C'est quand même un gros obstacle parce qu'il faut réussir à communiquer avec, en dix minutes ou cinq minutes I2-92*
- *C'est quasiment une journée de boulot de faire tout l'administratif K2-240*
- *Point de vue surcharge, même les médecins aussi, je crois que c'est de mal en pis. Papiers, papiers, papiers, ils ne se rendent même pas compte. Même s'ils disent eux-mêmes, oui, vous pouvez facturer etc.,... remboursé totalement par le patient, d'accord pour les 60 séances mais les 18, on doit quand même noter un diagnostic, l'évolution du traitement ..., et donc on surcharge de plus en plus les médecins, surtout les généralistes, c'est catastrophique. ...K2-242*
- *moi j'ai, pour offrir une médecine de qualité de l'autre côté du bureau, j'ai besoin de temps et c'est ce qui me manque le plus. MG1-3*

- *Si le médecin est trop stressé, travaille beaucoup trop, etc., je pense que la qualité n'y est peut-être plus. la pratique de groupe, ça apporte beaucoup ; pour pouvoir avoir des horaires qui sont un peu différents et amener une qualité un peu différente aussi MG3-20*
- *Elles ont aussi moins le temps de se rendre compte de la situation globale de la personne. Donc avant, quand on pouvait rester plus longtemps etc., on avait le temps de se rendre compte que les papiers ne sont pas faits, chercher des pistes avec la personne, apprendre à la connaître, rencontrer la famille, des choses comme ça CoAF-11*
- *c'est à double tranchant parce qu'une sortie d'hôpital psychiatrique, et un essai de réintégrer la personne à son domicile qui fonctionne bien, ça va suivre après. Alors, si c'est la même assistante sociale, elle va nous envoyer dix mêmes situations. On est un peu parfois victimes de notre succès CoAF-116*
- *J'ai un peu le sentiment que les professionnels doivent donner de leur temps ou de leur énergie bénévole pour pouvoir joindre la qualité. Si le professionnel tourne selon sa tournée ou selon son horaire, ça laisse quand même un peu à désirer CoS2-11*
- *Mais de pouvoir être garant en continu, on est trop peu, on est vraiment trop peu. CoS2-149*

#### 1.1.3.6. LA QUALITÉ DÉPEND D'OUTIL DE MANAGEMENT DES SOINS (ÉCHELLES...)

Les outils de management de soins sont utilisés pour la décision d'allocation de budget pour le patient. Les infirmier(e)s ont exprimé que leur utilité dans la pratique (évaluation, aide à la décision) est très limitée (Infirmières groupe 1).

Des MG (solos 4) ont cité l'informatisation des dossiers médicaux comme aide à la pratique et outil de qualité.

- *Standardiser toutes les échelles. Cela peut être pour les démences, ou pour n'importe quoi, ça peut être même des échelles de rythme. Voilà, mais réellement appliquée à la pratique de tous les jours. Parce qu'en règle générale, c'est souvent des outils pour aller chercher des budgets, mais ce n'est pas des outils qui aident réellement à mesurer, je trouve qu'il y a déjà ça. I1-58*
- *Il y a des techniques aussi probablement pour améliorer notre pratique et améliorer la qualité de ce qu'on fait, et moi, ça fait très longtemps que je suis informatisé maintenant, et je me rends compte que j'utilise de plus en plus mon truc pour remettre les gens à jour, je vais beaucoup plus revoir dans le dossier s'ils sont à jour de vaccination, de mammographie, de machin-chose, de cholestérol, etc. MG4-86*

#### 1.1.3.7. LES RECOMMANDATIONS SONT UTILES À LA PRATIQUE

Les recommandations de bonne pratique ont été évoquées par des MG (solos 3) comme des balises utiles, mais sans plus.

Les coordinateurs de soins (1) ont appelé à un cadre de référence contraignant en matière de soins gériatriques.

- *Je pense que c'est important d'avoir quand même une espèce de balise, de guide, même si on sait que ce n'est pas applicable à la lettre MG3-113*
- *Un cadre légal...Ca commence à venir avec le plan gériatrique de soins où on commence à imposer aux hôpitaux d'avoir un projet de sortie pour le patient établi et un document de sortie pluridisciplinaire complété CoS1-129*

#### 1.1.3.8. LES RECOMMANDATIONS NE SONT PAS TROP ACCEPTÉES

Quoique les trouvant utiles, certains MG (solos 3,4) trouvent les recommandations de bonnes pratiques culpabilisantes. Il leur faut pouvoir sortir du cadre trop étroit de l' « Evidence-Based Medicine » (EBM). Des MG (1) ont plaidé pour des soins personnalisés.

- *Ça peut apparaître parfois comme culpabilisant [les recommandations de bonne pratique], mais je pense qu'on a suffisamment de bouteille et de formation que pour pouvoir*

*affronter cela sereinement, me semble-t-il. Mais c'est une vocation culpabilisante, ... MG3-112*

- *C'est vrai que c'est intéressant de connaître l'EBM, c'est intéressant, mais il faut ponctuellement répondre d'une autre manière que ce qui est dans les livres MG4-56*

#### Réflexion

La demande n'est formulée par aucune profession, mais un travail prospectif devrait probablement être entrepris pour la création à terme de recommandations de bonne pratique communes à plusieurs professions, de façon à baliser le travail collaboratif autour de certaines situations.

#### **1.1.3.9. LES INCITANTS À LA FORMATION CONTINUE DEVRAIENT ÊTRE REVUS**

Des MG (solos 2) ont regretté que les formations se fassent toujours en soirée. Ils ont par contre souhaité pouvoir avoir leur formation continuée dans des heures de travail normales.

- *Je suis stupéfait effectivement des exigences ou du nombre de trucs qu'un médecin est amené à faire. Des heures de formation, des heures comme ce soir, des heures de GLEM, des heures de concertation, des tas de trucs qui viennent s'ajouter en plus, qu'on fait le soir, qu'on fait le week-end, je ne trouve pas ça sain, je trouve ça vraiment malsain MG2-293*
- *Avoir des jours de conférence pédagogique où on serait payé pour pouvoir assister, si on a assisté, d'être payés pour avoir arrêté de travailler et ne pas perdre, et que les patients soient au courant qu'on doit MG3-74*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

Le cadre légal semble inadapté pour la plupart des professionnels pour assurer des soins de qualité : il ne tient pas compte des particularités de chaque patient, d'une part, et s'y retrouver consomme un temps important des professionnels. Beaucoup d'actes réalisés ne sont pas prévus par la loi et les réalités du terrain sont méconnues par les décideurs. La surcharge de travail est une plainte constante de tous les professionnels interrogés.

#### **1.1.4. LA SOCIÉTÉ**

##### **1.1.4.1. LE COÛT POUR LE PATIENT EST UN OBSTACLE**

Le problème financier lié aux prestations ou aux produits de soins a été cité à plusieurs reprises par les infirmières travaillant en groupe (2). Le manque de ressources financières de certains patients limite les possibilités matérielles (matériel de soins, médicaments) et humaines pour des soins de qualité. L'hôpital donne une apparence de « gratuité » par le fait que le paiement y est différé, alors que les soins s'y déroulant sont jugés plus coûteux (Infirmières groupe 1).

Des kinés (solos 1,3 groupe 2) ont également souligné cet aspect, en insistant sur la difficulté relationnelle que cela engendre avec le patient.

Des MG (1) pensent que le succès des maisons médicales tient à la gratuité apparente du forfait, mais regrettent que cet aspect soit présent d'emblée dans la relation avec le patient. Des MG solos (2) ont parlé du prix des soins pour les patients et abordent indirectement le prix pour les pouvoirs publics à travers les contrôles dont ils sont l'objet. Des MG (solos 3,4) ont également cité le prix des soins comme un obstacle, sans insister.

Pour les coordinatrices d'aides-familiales et de soins, l'organisation d'un suivi de qualité est parfois problématique parce que les patients ne peuvent pas faire face à toutes les dépenses.

Les moyens financiers à disposition du patient conditionnent l'éventail des possibilités de soins à domicile. Le fait que certains actes ne soient pas remboursés n'est pas toujours bien perçu par les

familles (CoAs2), de même que la progressivité des barèmes des aides-familiales ou le prix des médicaments (CoS1).

Les CoAF ont souligné le manque d'équité lié aux barèmes qui leur sont imposés.

- *Et pour des bêtes trucs qui, effectivement, ne coûtent pas cher de manière isolée. Je parle de la pédicure et peut-être d'autre chose. Ça peut être une compresse, ça peut être un tube d'Iso Bétadine. Fondamentalement, ça ne coûte pas cher, mais le tout additionné, ça fait beaucoup. Et les médicaments... I1-49*
- *Il y a des fois, quand on leur demande un tel produit, une telle pommade etc., c'est trop cher, ils ne savent pas aller l'acheter ou alors ils n'y vont pas I2-81*
- *Les gens n'appellent pas leur médecin traitant avant le lundi parce qu'ils vont payer plus cher le week-end I2-214*
- *Quand je pense au coup de fil qu'on reçoit ou à la première séance, on vous demande combien on retouche, combien ça coûte et quand il faut payer, et si on peut payer après avoir retouché ceci et cela K1-186*
- *pourquoi est-ce qu'ils viennent, ces gens en maison médicale ? « Je viens en maison médicale parce que je n'ai pas d'argent ». Ça fausse déjà la relation... MG1-92*
- *Parce qu'il y a aussi toute une dimension financière, on est quand même fort surveillés puis pour les patients, leur éviter des examens inutiles MG2-37*
- *Essayez de faire comprendre à quelqu'un qui est malade, qui est dans le besoin, qui n'a pas forcément les moyens financiers, qui n'a pas de famille pour l'entourer et qui ne sait pas se permettre tout ça, essayez de lui faire comprendre. C'est assez compliqué de mêler les 5 aspects. Je vais dire, pour qu'il y ait la qualité idéale des soins, c'est qu'il y ait les moyens financiers de un, parce que tout est payant, les repas, l'aide-familiale, tous les intervenants sont payants CoS2-38*
- *L'argent ! ... c'est un luxe d'avoir une aide familiale... ce sont des gens en difficulté et fatalement qui ont plus de frais CoAF-19*

#### Réflexion

L'accessibilité aux soins est un souci permanent : tous les professionnels évoquent l'influence négative que la charge financière liée aux soins peut avoir *in fine* sur la qualité de ceux-ci. Toutes les mesures visant à améliorer l'accès aux soins sont-elles suffisamment connues des professionnels concernés (MAF, forfait palliatif, remboursements spécifiques à certaines pathologies chroniques, aide médicale urgente, intervention des CPAS, tiers payant social,...) ? Les SISD ne doivent-ils pas informer en ces matières, usagers comme prestataires ?

#### 1.1.4.2. LES SOINS NE MODIFIENT PAS TOUS LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Pour les MG et les kinés, la société ne favorise pas la santé, en général. Les bons conseils qu'ils proposent en matière de prévention (tabac, nourriture) sont vite oubliés face à la pression publicitaire et aux problèmes de pollution.

Des kinés (solos 1) ont insisté sur l'influence partielle de leurs soins, et des soins en général, sur la santé des gens.

Pour certains MG (solos 2), l'excès de consommation de soins a un effet pervers sur la santé (mais ils ne citent pas l'autonomie du patient ici).

- *S'ils ont un problème respiratoire, il faut les aider. La pollution, c'est triste, c'est vrai mais ce n'est pas à notre niveau qu'on va pouvoir régler ce problème de pollution K1-50*
- *Mais moi, j'ai souvent le sentiment que l'obstacle à la qualité des soins, c'est le trop. Le trop de médicaments, le trop d'examens, le trop de recours au système médical, parfois. MG2-55*

#### 1.1.4.3. LES SOINS DOIVENT S'INSCRIRE DANS UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTÉ ET DE SOCIÉTÉ

Des kinés (solos 1) ont insisté sur l'influence partielle de leurs soins, et des soins en général, sur la santé des gens. Les kinés 3 ont critiqué le manque d'intérêt des pouvoirs publics à leur égard et l'évaluation surtout économique de la qualité de leurs soins.

Les MG (1,2) ont souligné l'influence sociétale qui va à contre-courant de la santé. Ils ont critiqué la dérive des certificats demandés pour résoudre des problèmes sociaux (1) et la gestion économiste de la santé par l'INAMI (2). Des MG (solos 4) ont cité l'éducation à la santé comme complément de l'activité curative.

Les CoAF voient les titres-service proposés à la population comme une politique de soins au rabais.

Une partie du travail des aides familiales repose sur une base volontaire, bénévole. Une reconnaissance financière de cet investissement personnel paraît justifiée (CoS2).

- *(la qualité c'est) L'économie. K3-23 L'économie, j'allais le dire, oui, uniquement, vite fait, bien fait, du moment que ça ne revienne pas trop cher. K3-24*
- *C'est le prix du budget qui importe pour l'INAMI, je crois. Ce n'est pas vraiment la qualité. Parce qu'il n'y a pas de marqueur de qualité pour la médecine générale, pour moi. MG2-23*
- *Moi, je pense qu'un obstacle à la qualité des soins, c'est quand même la divergence entre ce qu'on est sensé délivrer comme message et puis la façon de vivre de tous les jours, on fait de la prévention pour le diabète, l'obésité, et puis il n'y a que des pubs à la télé là-dessus,... je trouve que le combat est inégal, donc on n'est pas très aidés du côté de la vie quotidienne. Voilà, donc ça, je trouve que c'est un obstacle MG2-53*
- *l'arrivée des titres services. C'est une grosse concurrence pour nos services... les pouvoirs politiques essaient de développer ces titres-services au détriment de nos services à nous et c'est vraiment un gros problème CoAF-6*
- *J'ai un peu le sentiment que les professionnels doivent donner de leur temps ou de leur énergie bénévole pour pouvoir joindre la qualité. Si le professionnel tourne selon sa tournée ou selon son horaire, ça laisse quand même un peu à désirer CoS2-11*

#### 1.1.4.4. LE COMPORTEMENT DES SOIGNANTS EST INFLUENCÉ PAR DES INCITANTS PUBLICITAIRES

Un kiné a dénoncé l'influence des firmes pharmaceutiques sur les prescriptions des médecins, au détriment de la qualité des soins.

- *une semaine, c'est les médecins, une semaine, c'est les cardiologues, une semaine, on leur paie tout, tous frais payés. Ils sont invités par les industries pharmaceutiques K1-26*

#### 1.1.4.5. LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE SE COMPLEXIFIE DANS NOTRE SOCIÉTÉ

Les CoAF ont souligné la complexification des soins ambulatoires, née du transfert de patients de l'hôpital vers l'ambulatoire, du maintien prolongé à domicile de patients lourds

Les coordinatrices de soins ont cité aussi l'isolement croissant des patients, par la demande de rester le plus longtemps possible à domicile. La surcharge ainsi engendrée peut devenir un facteur de risque de maltraitance chez les personnes âgées (CoS2).

- *la pression des hôpitaux. en disant c'est le retour à domicile coûte que coûte, on n'a pas le temps de préparer les choses convenablement, donc il y a de la qualité, de la prise en charge et pour le patient, pour la famille et pour les intervenants, ça se ressent aussi....On est un peu limités aussi par rapport à ce qu'on peut proposer aux gens pour ce qu'il se sentent bien chez eux. CoS2-13*
- *Quand on se retrouve avec des cas de maltraitance de personnes âgées, qu'on se retrouve avec des maladies psychiatriques parce qu'on intègre de plus en plus des malades psychiatriques dans la société mais on ne nous donne pas les moyens de les encadrer au mieux et elles sont souvent démunies et nous aussi CoAF-25*



## Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

Le problème du coût des soins pour le patient est évoqué par tous les professionnels.

Les infirmières et les aides-familiales parlent surtout du coût des médicaments qui vient s'ajouter au coût des soins et à la cherté de la vie. Pour les coordinatrices d'aides-familiales et de soins, l'organisation d'un suivi de qualité est parfois problématique parce que les patients ne peuvent pas faire face à toutes les dépenses.

Les MG et les kinés évoquent aussi leur impuissance face à une société qui ne favorise pas la santé. Les bons conseils qu'ils proposent en matière de prévention (tabac, nourriture) sont vite oubliés face à la pression publicitaire et aux problèmes de pollution.

## 1.2. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

### 1.2.1. RESENTI

#### 1.2.1.1. LES PROFESSIONNELS ÉVALUENT LA QUALITÉ EN FONCTION DE LA SATISFACTION DU PATIENT (CE QU'ILS PENSENT DU RESENTI DU PATIENT)

Pour les infirmières (groupe 2) comme pour les kinés (solos 1, groupe 2, 3), pour les coordinateurs de soins (1), les CoAF, la première forme d'évaluation de la qualité des soins est subjective et dépend de la satisfaction présumée du patient. Certaines CoAF sont critiques et soulignent le manque d'objectivité de cette évaluation.

Ce point est également souvent cité par les MG (1,2,3,4). Comme les kinés (2), ils distinguent toutefois la qualité des soins de la qualité relationnelle ou de la satisfaction du patient.

- *Par rapport à ce qu'il attend de nous aussi. Même si le soin n'a peut-être pas été bien réalisé, l'infirmière était gentille, elle était souriante, et bien voilà, elle a fait un soin de qualité I2-23*
- *Je crois qu'il faut voir peut-être principalement la satisfaction du patient peut-être, en premier lieu, .... C'est difficile à quantifier, c'est très subjectif I2-10*
- *Pour rejoindre ce qu'ils disent, c'est vrai qu'un patient, il a l'impression d'avoir un soin de qualité à partir du moment où il est content, et souvent j'ai l'impression que ça tient aussi au relationnel K2-18*
- *Il y a vraiment deux sortes de qualité de soins. ... puis il y a tout ce qu'on a dit par après, tout ce qui transcende ça. Et j'ai l'impression, comme tu as dit tantôt, quelqu'un qui a toujours mal mais avec qui la relation a bien fonctionné peut être très content de la qualité des soins, même s'il n'est pas guéri. K2-21*
- *... l'avis du patient, ... mon expérience en solo, c'est qu'on a toujours un peu jonglé entre le fait d'offrir aux gens ce qu'ils estiment être quelque chose de sympa pour leur santé, et ce que notre conscience, nos obligations vis-à-vis de l'Etat ou d'autres choses ainsi nous forcent à faire. MG1-4*
- *Si vous écoutez de la musique populaire qui n'est pas de qualité, et il y a des gens qui font une médecine populaire ou je ne sais pas quoi. Le succès ou pas le succès, je ne sais pas si c'est l'indice de qualité, il y en a qui sont performants en ayant aucun succès MG2-83*
- *La qualité des soins, c'est solutionner le problème que le patient vous propose. Donc moi, j'estime que j'ai fait un travail de qualité quand le patient sort « guéri » et satisfait de mon traitement K1-15*
- *Au printemps, on a nos pots de confiture, en été, on a nos fruits. C'est les manières de montrer qu'ils sont contents MG3-86*
- *Quelques fois, c'est parce qu'on a fait un bon diagnostic, mais je crois que c'est surtout parce qu'on sent qu'on est accompagnés MG3-90*
- *L'important est de répondre à ce que le patient demande... CoS1-176*
- *Moi, je m'en remets énormément au choix du patient. Est-ce que le patient est satisfait de l'accompagnement qu'on lui propose, que ce soit au niveau infirmier, garde-malade, aide-*

*familiale et est-ce que lui, finalement, c'est ma ligne de conduite, est-ce qu'il est satisfait de ce qu'on lui propose comme outil d'accompagnement ... CoS1-8*

- *Dans notre structure, pour évaluer justement la qualité de travail, la direction est en train de charger l'université de mettre en place une enquête de satisfaction des bénéficiaires CoAF-42*
- *qu'est-ce que la direction se fait comme idée sur base de ces courriers-là [les lettres qu'on reçoit « ah merci » ou « pas merci, je ne suis pas content parce que pas régulier, ceci cela »]? Ce n'est pas très objectif CoAF-43*

#### 1.2.1.2. LES PROFESSIONNELS ÉVALUENT LA QUALITÉ EN FONCTION DE L'AMÉLIORATION DU PATIENT (CE QU'ILS ÉVALUENT SELON LEURS CRITÈRES DE PROFESSIONNELS)

Le soin (et son évolution) semble être un élément important dans l'évaluation de la qualité de l'action des infirmières (groupe 1). Curieusement, dans un groupe (groupe 2) très peu de choses sont dites sur la mesure de la qualité par rapport aux résultats des soins.

Pour certains kinés (solos 1), le résultat des soins est très important. D'autres (groupe 2) nuancent : la qualité s'évalue non seulement par des mesures objectives (amplitude de mouvements, nombre de séances) mais aussi en termes de changement de comportement des patients, de qualité de vie. Pour d'autres encore (3) plus le nombre de séances pour arriver au résultat est petit, meilleure a été la qualité des soins.

Certains MG (1,3) distinguent bien ce qui est scientifique, objectivable, des attentes des patients : la satisfaction éventuelle du patient n'efface pas le jugement parfois sévère des médecins sur leur propre activité.

Les coordinateurs de soins (1) restent en retrait et s'en remettent à l'évaluation du soin par les soignants eux-mêmes ; ils ne se sentent pas compétents pour évaluer (CoS1). L'évaluation de la situation du patient permet à la coordinatrice de percevoir une évolution et donne un retour sur son travail (CoS2).

Les CoAF au contraire évaluent selon leurs propres critères et non uniquement sur ceux des AF.

- *L'évolution si c'est un pansement. A la limite, plus vite la plaie est refermée, mieux les soins ont été faits I2-106*
- *Pour moi, la qualité des soins, ça se traduit surtout en termes de changement, que ce soit arriver à faire changer les habitudes des personnes quant à leur santé, que ce soit en termes de prévention ou en termes curatifs. K2-9*
- *Le moins de séances par rapport au bien-être du patient. Si on a fait moins de séances, on peut être assuré que les soins ont été de bonne qualité puisqu'il n'a plus mal. K3-57*
- *Ils sont peut-être reconnaissants, mais peut-être que nous, on n'a pas l'impression d'avoir si bien fait que ça MG3-92*
- *Ce n'est pas vraiment du mesurable, mais je prends un moment avec lui pour voir s'il est bien dans son encadrement, et comment il le vit aussi. Et ça, ça me permet de voir si oui ou non, ce qu'on a mis alors actuellement en place satisfait au niveau du patient ... pour notre direction, c'est un peu du temps perdu, mais pour nous, c'est important parce qu'on peut réajuster en se disant qu'on est dans le bon ou qu'on est dans le mauvais par rapport au patient et à sa famille. CoS2-55*
- *Moi, j'attends beaucoup des aides-familiales me rapportent, de leur retour à elles pour évaluer. Mais leurs appréciations à elles ce n'est pas forcément la même que la mienne parce que ses objectifs ne sont pas nécessairement ceux qu'on avait décidé à la base CoAF-41*

#### 1.2.1.3. LES SOINS PEUVENT ÊTRE DE QUALITÉ SANS APPORTER DE RÉSULTAT

Ce point est rapporté par des kinés (solos 1, 3) qui y voient un possible problème d'orientation du patient.



Des MG (solos 3) ont insisté sur la qualité de l'accompagnement des patients comme indicateur de qualité, plutôt que sur le résultat des soins.

- *On ne saurait pas sauver le monde, de toute façon, donc on ne saurait pas soigner tout le monde, etc., K1-44*
- *Ça peut quelque fois mal se terminer, c'est sûr, mais quand l'accompagnement s'est bien fait, je crois qu'on le sent MG3-90*

#### 1.2.1.4. LES PROFESSIONNELS ÉVALUENT LA QUALITÉ PAR LA RECONNAISSANCE DES AUTRES PROFESSIONNELS

Pour certaines infirmières (groupe 2), la reconnaissance des médecins traitants est très importante, mais trop rare.

Pour certains kinés (groupe 2), les retours peuvent venir des médecins, des pairs et collaborateurs, des stagiaires qu'ils accueillent. D'autres kinés (3) attendent surtout un retour d'information sur leur travail de la part des médecins.

Certains MG (1) se sentent dévalorisés par le regard des spécialistes.

Les CoAF et les coordinatrices de soins (CoS2) se basent sur les retours d'information des autres professionnels.

- *C'est plutôt des appels pour dire « écoutez, votre infirmière, elle fait un peu n'importe quoi et il faudrait un peu revoir », mais vraiment sonner pour dire « écoutez, mon patient est décédé ou il est remis, etc., ça s'est super bien passé, c'est rare, c'est très très rare » I2-117*
- *quand ça se passe bien, on peut avoir aussi un retour du médecin. Je trouve que c'est plus dur d'avoir des retours de spécialistes parce que là... K2-33*
- *Aussi bien avec le chirurgien que le gynécologue, on suivait des patientes jusqu'à neuf mois parce qu'ils nous faisaient plus confiance qu'un inconnu. Et puis alors que maintenant je vois qu'on est un peu négligés, un peu laissés de côté, on ne participe même plus au progrès des techniques. Est-on incapable, je ne sais pas. Il y a cette négligence, cet abus... on nous a un peu mis de côté. ... le médecin généraliste a perdu un petit peu le poids qu'il avait dans le temps. MG1-8*
- *on a le retour des gens, le retour de l'entourage, le retour des autres professions... c'est comme ça qu'on peut évaluer une qualité de travail CoAF-38*
- *On ne nous dit jamais ce qui va. C'est plus facile de dire ce qui ne va pas, mais ça, c'est toujours, évidemment, de dire moi aussi, il y a des fois où j'oublie, où je pourrais très bien rendre un feed-back à l'assistante sociale de l'hôpital ... mais on n'a pas le choix non plus, donc on ne le fait pas, ... quand on a un feed-back positif, ça nous remotive encore pour le refaire, puis ça nous apprend ce qui va bien, ce qu'on peut continuer dans ce sens-là, et ce qui ne va pas, il faudra le modifier, mais je peux comprendre que ça ne se passe pas puisque moi-même, je ne le fais pas toujours. CoS2-148*

#### 1.2.1.5. LES SOIGNANTS ATTENDENT UNE RECONNAISSANCE DE LA PART DU PATIENT

Certaines infirmières (groupe 2) pensent qu'elles reçoivent plus de valorisation de la part des patients que leurs collègues hospitalières.

Les kinés (groupe 2) ont parlé de la reconnaissance des patients via leurs comportements : ils paient ou non leurs séances, ils arrivent ou non à l'heure. Certains kinés n'hésitent pas à mettre des règles précises pour se faire respecter.

Des MG (solos 3) sont frustrés si les patients n'expriment pas de reconnaissance.

- *moins ils payent, moins ils considèrent mon travail. C'est vraiment ça. Dès qu'ils ne payent plus, ils ne décommandent pas, ils ne viennent pas, ils ne décommandent pas. Ils n'ont aucun respect. Ils arrivent dix minutes, un quart d'heure en retard, des choses comme ça... K2-102*

- Ici, en maison médicale, ils ne payent pas, ce qui n'empêche pas de mettre des règles notamment avec les patients. S'ils arrivent un quart d'heure en retard, je ne les vois pas. Les autres ne vont pas attendre pour vous ; vous revenez la fois prochaine, et puis c'est tout. Ils ne viennent pas deux fois sans prévenir, je ne les vois plus, point barre. ... K2-105
- On fait très bien son travail et on est à peine remerciés MG3-94

### Réflexion

La présente étude a négligé un partenaire incontournable des soins à domicile : le patient... Les professionnels identifient à juste titre sa satisfaction comme un important critère d'évaluation. La prochaine étude du GLS ne devrait-elle s'adresser à l'utilisateur ?

## 1.2.2. OBJECTIF

### 1.2.2.1. IL EST IMPORTANT D'UTILISER DES OUTILS D'ÉVALUATION

Des outils d'évaluation provenant de leur formation initiale ont été cités par certains kinés (groupe 2). D'autres (3) ont cité les échelles d'évaluation.

- A l'école, on nous parlait beaucoup de la quantité de mouvement. Donc vous faites un bilan de rentrée, il lève l'épaule à 90°. Voilà, il doit récupérer. Puis vous faites des bilans tous les X jours et il doit arriver à 180°. ...K2-30

### 1.2.2.2. LES OUTILS/LE TEMPS D'ÉVALUATION NE SONT PAS ADAPTÉS

Pour les infirmières (groupe 2), l'utilisation d'échelles d'évaluation de la douleur est compliquée.

Certains MG (1) ont exprimé leur réticence vis-à-vis des cadres normatifs de l'évaluation et des guidelines.

Les outils d'évaluation manquent, le temps nécessaire à les utiliser manque aussi (CoAF).

- La qualité qu'on veut tout doucement nous imposer pour avoir des critères de qualité, qu'on soit ISO 9002. Des gens spécialisés et maintenant, on n'y arrivera peut-être pas si on n'a pas l'empathie qu'on a vis-à-vis de notre patient. Tous nos guidelines, nos machins,... s'ils nous pèlent, ils nous pèlent. MG1-120
- C'est un luxe d'évaluer... c'est un luxe de pouvoir prendre le temps hors révision de dossier, hors problème CoAF-38
- Manque de recul et manque d'outils d'évaluation. Finalement on a des grilles à remplir pour voir quels sont les besoins chez les personnes mais on n'a pas de grille à remplir pour évaluer les résultats, on n'est pas outillé CoAF-40
- je prends un moment avec lui pour voir s'il est bien dans son encadrement, et comment il le vit aussi. Et ça, ça me permet de voir si oui ou non, ce qu'on a mis alors actuellement en place satisfait au niveau du patient. Mais ça demande aussi du temps puisque c'est quelque chose qui n'est pas qu'au niveau de la coordination, ces visites, donc au niveau de la Région Wallonne, c'est-à-dire que c'est une chose qu'on fait et qui n'est pas mesurée, et qu'à la limite, pour notre direction, c'est un peu du temps perdu... CoS2-55

### 1.2.2.3. LES SOINS HOSPITALIERS REPRÉSENTENT LA NORME À ATTEINDRE

Pour les infirmières (groupe 2), le niveau de qualité atteint dans les soins hospitaliers est idéalisé.

- La continuité des soins, ne pas faire régresser le patient qui est à domicile. Si on lui a soigné une plaie à l'hôpital, que ça va mieux, la continuité c'est de faire en sorte, de faire tout ce qu'il faut pour que ça évolue en positif I2-135

### 1.2.2.4. LA NORME N'EST PAS DÉFINISSABLE

Certains kinés (3) voient des patients très différents les uns des autres ; définir un traitement standard dans ces conditions leur semble illusoire.

Pour certains MG (solos 3), il n'existe pas forcément de norme de qualité univoque, applicable à tous les médecins et tous les patients.

L'absence de norme de qualité de coordination est une conséquence de l'adaptation des soins à chaque situation. Il est difficile pour les coordinatrices d'être reconnues par les autres professionnels en l'absence de référence à atteindre.

- *Et même pas des critères, si on nous dit périarthrite ça fait dix séances, statistiquement parlant, ça ne veut rien dire du tout. Si nous, il nous en faut vingt, ça n'a rien à voir avec la qualité de nos soins. K3-63*
- *Je pense qu'on ne peut pas définir un standard de qualité de soins, me semble-t-il. Chacun se le forge soi-même en fonction de là où il veut aller MG3-118*
- *Et je crois que c'est ça qui est dur au niveau de la coordination, c'est qu'il est difficile de quantifier ce qu'on fait exactement. Donc, pour certaines personnes, on fait tout et on ne fait rien. Comme on dit aussi, parce qu'on n'aide pas spécialement. On aide un peu les gens à mettre les choses en place, donc c'est vrai que pour nous, mesurer ce qu'on fait serait difficile, d'avoir des fois aussi une reconnaissance, c'est difficile parce que ce n'est pas palpable. CoS2-59*

#### 1.2.2.5. AVANTAGES/INCONVÉNIENTS D'UNE ÉVALUATION EXTERNE

Les CoAF ont montré de l'ambivalence face à l'évaluation externe : d'une part, elle permet aux décideurs de voir les réalités de terrain, d'autre part, elle comporte un risque de jugement négatif que les acteurs ne sont pas forcément prêts à assumer.

- *Que des gens viennent un peu se rendre compte des difficultés qu'il y a et qu'ils proposent alors des choses pour améliorer... Ce n'est pas nous qui décidons, enfin on dépend du ministère CoAF-34*
- *Dans notre structure, pour évaluer justement la qualité de travail, la direction est en train de charger l'université de mettre en place une enquête de satisfaction des bénéficiaires..., on a un peu peur parce qu'on a l'impression qu'on va être évalué à partir de cette enquête CoAF-42*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

De manière générale, les professionnels évaluent la qualité de leurs soins au travers des avis des personnes (patient surtout, autres professionnels). D'autre part, ils s'expriment peu à propos d'une évaluation objective des soins.

## COLLABORATION (\*)

(\*) Après l'analyse des aspects relatifs à la qualité des soins, le second chapitre du guide d'entretien avait pour objectif d'interroger les professionnels du domicile sur la continuité des soins. La signification de ce terme est visiblement imprécise et non uniforme au sein des disciplines mais, en toute hypothèse, la continuité des soins fait appel à la collaboration entre professionnels. Aux fins de respecter les opinions exprimées, l'équipe de recherche a donc fait le choix de parler de « collaboration » plutôt que de « continuité ».

La question sur la continuité des soins révèle la confusion qui existe chez les médecins entre permanence (par exemple dans l'organisation des gardes) et continuité des soins (transmission d'informations entre prestataires, conservation des données, relation dans la durée).

Par exemple, s'exprimant sur la permanence des soins, certains MG (1) en ont souligné le caractère obligatoire, d'autres (solos 2) ont insisté sur la charge que représente ce type de continuité. D'autres encore (solos 3) ont insisté sur la continuité lors de la référence du patient aux autres niveaux de soins.

- *Moi, quand j'entends continuité, c'est d'abord ma continuité dans l'activité que j'ai, c'est-à-dire que mes patients ne restent pas tout seul avec un téléphone. En ce qui me concerne, ma continuité, ça m'emmerde prodigieusement. Je trouve ça une exigence crasse vis-à-vis du médecin. Je comprends que ce soit totalement indispensable pour le patient, mais moi, ça nuit à la qualité de ma vie* MG2-162
- *Le patient a besoin de sentir qu'il continue à être suivi, même s'il est pris en charge en clinique par d'autres médecins* MG3-21

### 1.3. PÔLE INFORMATIONNEL (CE QUI CIRCULE, CE QUI PERSISTE)

#### 1.3.1. LA PLACE DU PATIENT

##### 1.3.1.1. LE PATIENT EST UN VECTEUR DE L'INFORMATION

Pour les infirmières travaillant en groupe (2), cette modalité de communication a été peu évoquée. Il n'est pas toujours facile pour le patient d'être acteur de l'information médicale : l'analphabétisme, la difficulté de compréhension des termes médicaux peuvent en limiter l'aptitude (Infirmières groupe 1).

Pour des kinés (solos 1, groupe 2), le patient véhicule plusieurs types d'information : tout d'abord, ses propres informations anamnestiques, délivrées différemment selon les thérapeutes, ensuite, des informations techniques nécessaires à la continuité des soins (rapports, etc.) ; enfin, le patient est parfois le vecteur des demandes de prescription de soins appropriés entre kiné et médecin prescripteur.

Pour les MG (1,3,4), ce vecteur est parfois efficace, parfois pas du tout. Il sert à la transmission des informations relatives aux problèmes survenus durant la garde, ou entre spécialistes et généralistes. Dans certains cas, il remplace totalement le dossier médical. Des difficultés naissent de l'analphabétisme, du fait des langues étrangères.

- *Il y en a qui ne savent pas lire donc ils ont beau avoir des papiers, c'est bien gentil mais ils ne savent pas ce qui est écrit dessus. Donc prendre le temps d'expliquer.* I1-79
- *C'est au patient à lui demander [au médecin] de poursuivre les soins si c'est nécessaire, à lui faire comprendre ... que la nécessité impose que le traitement soit poursuivi* K1-205
- *mais ça arrive fréquemment que ce soit le patient qui nous explique ce que le spécialiste a dit.* K2-34

- *Heureusement que le patient aussi est là pour finalement maintenir aussi le contact et il dit « voilà, j'ai été là, j'ai fait ça, il m'a dit que j'avais ça et ça et je me fais opérer demain » MG3-369*

#### 1.3.1.2. L'ENTOURAGE GÈRE UNE PARTIE DE LA COMMUNICATION

Pour les infirmières travaillant en groupe (2), cette gestion, quoique nécessaire, n'est pas optimale.

Les coordinateurs de soins (1) et les CoAF ont insisté sur cette modalité dans le cas des personnes en perte d'autonomie ou isolées.

- *La famille n'a pas appelé le médecin traitant non plus au retour de la dame le vendredi. Elle a attendu l'infirmière qui, elle, avait [heureusement] tout ce qu'il fallait avec I2-211/212*
- *Généralement tous ces cas où on va à plusieurs services, ces cas lourds, la famille, le conjoint, les enfants ont un rôle vraiment super important. On a un rôle très important avec eux, et c'est eux qui font aussi le lien entre tout le monde CoAF-147*

#### 1.3.1.3. LE PATIENT EST LE DESTINATAIRE DE L'INFORMATION EN SANTÉ

Les kinés 3 ont cité le caractère répétitif de leurs soins comme élément facilitant l'information et la compréhension par le patient de sa pathologie.

Les capacités communicationnelles du médecin ne sont pas toujours suffisantes, plus encore quand la culture du patient est différente. L'information en santé est omniprésente ; cela peut créer des besoins inattendus de la part du patient et modifie l'ancien modèle de relation médecin-malade vers plus de consumérisme (MG solos 2). Des MG (solos 3) ont insisté sur l'information au patient, à propos de sa maladie, de son traitement et de ses modalités pratiques. Certains s'essayaient aux nouvelles technologies de la communication via un site internet interactif. Certains ont insisté sur le « centrage patient » des soins. D'autres ont pointé le déficit communicationnel de la seconde ligne et le rôle qu'ils ont pour rétablir un niveau correct d'information (MG1).

Une partie de l'information est générée par le patient, et est importante à prendre en compte pour coordonner et adapter les soins (CoS2).

- *comme on a plusieurs séances, bien souvent, on peut prendre le temps d'expliquer, de faire comprendre au patient ce qu'il a. K3-89*
- *la majorité des problèmes que les patients nous rapportent c'est quand même la communication. Le patient nous sonne en disant « mon mari est à l'hôpital », on va lui dire ça, ça, ça, ça, ça, n'oubliez pas de retéléphoner au spécialiste pour arranger les bidons, c'est souvent ce qui a créé des problèmes de compréhension. Je trouve que là aussi, on a un rôle de plaque centrale. MG1-110*
- *Nous, les réunions, on les fait chez le patient MG3-323*
- *la coordinatrice qui place ce cahier là et doit expliquer ce cahier là au patient et tout, mais ce n'est quand même pas toujours évident pour eux de se dire mais qu'est-ce que c'est que ça, à quoi ça sert, et on doit l'expliquer aux autres intervenants. CoS2-116*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

Les coordinatrices de soins et d'aides familiales ne semblent pas compter sur le patient pour transmettre des informations. Par contre, les MG et les kinés notent que c'est souvent le patient qui leur apporte des informations en relation avec l'hôpital. Les infirmières et les aides familiales trouvent que la communication est difficile.

Les MG ne parlent pas de l'entourage du patient alors que les autres professionnels mentionnent tous l'aide importante de la famille mais regrettent souvent son absence

Les MG et les kinés insistent sur l'importance de donner des informations claires au patient, de compléter ce qu'il sait déjà, parfois mal.

### 1.3.2. DANS MA PROFESSION

#### 1.3.2.1. L'INFORMATION DOIT ÊTRE DISPONIBLE, ACCESSIBLE. IL FAUT ALLER CHERCHER L'INFORMATION DONT ON A BESOIN

La circulation de l'information au sein de la profession ne semble pas poser problème aux infirmières travaillant en groupe (2) sauf dans le cas du travail de week-end.

Les MG (1) ont pointé le déficit de communication provenant des hôpitaux. Pour certains (solos 3), la circulation de l'information est tantôt bonne, tantôt mauvaise, selon les régions et les époques ; les situations complexes portent sur les gardes et les absences pour vacances.

Pour les CoAF, trop d'information noie l'information.

- *Par exemple à l'hôpital, ils ne vont jamais donner un coup de fil pour essayer de comprendre. MG1-69*
- *au niveau des gardes, qu'il y ait un suivi justement, qu'il y ait un rapport, une communication avec le médecin traitant MG3-23*
- *Il y a tellement de lecture qu'il faut une demi-heure pour lire tout ce qui est écrit dans le cahier, ou alors on loupe des trucs CoAF-144*

#### 1.3.2.2. LES VECTEURS DE L'INFORMATION SONT MULTIPLES. LA COORDINATION FAIT APPEL À DES OUTILS SPÉCIFIQUES

Les voisins ont été cités comme relais de l'information par les infirmières travaillant en groupe (2).

Les infirmières travaillant en groupe (2) utilisent des supports traditionnels (dossiers, feuilles manuscrites, téléphone) ou les nouvelles technologies de l'information (ordinateurs PDA), dans certaines associations.

Des MG (solos 3,4) ont cité de nombreux vecteurs d'information entre eux, traduisant le fait que l'imagination est au pouvoir : appels téléphoniques plus ou moins systématisés, petits carnets, e-mails, SMS, papiers collés sur le frigo, ordinateur, PDA, carnet de l'ONE. La carte Vitale française, conservée par le patient a été citée en exemple. L'informatisation se heurte au problème de la gestion de l'information lors des visites à domicile. Les nouvelles technologies de la communication ne semblent toutefois pas encore donner satisfaction en raison des difficultés techniques et de leur acceptation différente selon les personnes, et l'impression reste que les moyens traditionnels ont encore de beaux jours devant eux.

Même regard chez les CoAF.

- *On a des dossiers, on en a pour les infections, pour les sondages vésicaux... I2-129*
- *Avec notre ordinateur portable, on sait s'envoyer des messages l'une l'autre I2-139*
- *Chez nous c'est essentiellement par téléphone et en réunion d'équipe. Ou alors les aides-familiales passent au bureau de manière informelle et on échange pas mal comme ça. Au niveau informatique, on a un nouveau programme qui a commencé il y a quelques mois ... mais on n'a pas le temps de s'y mettre, donc ça retarde CoAF-61*

#### 1.3.2.3. LA COLLABORATION ASSURE LA CONTINUITÉ DANS LE TEMPS

Pour les infirmières travaillant en groupe (2), il n'est pas envisageable de travailler ensemble sans communiquer précisément sur le contenu des soins.

Pour certains MG (solos 3,4), la continuité temporelle n'est envisagée que dans certains cas : pathologies importantes, hospitalisation à domicile, personnes âgées à domicile, souhait de partager la charge d'un soin. Les barrières relationnelles sont encore présentes.

- *La continuité, dans ce qu'on dit, c'est de pouvoir continuer ce que les autres ont commencé I2-135*
- *Ca m'est déjà arrivé avec un confrère avec qui on s'entend bien, il dit, celui-là, il ne va pas bien, de se mettre au courant l'un l'autre et de se voir en disant, « voilà, si je ne sais pas y aller, ce sera toi » MG3-233*

#### 1.3.2.4. L'INFORMATION DOIT ÊTRE DE QUALITÉ, ÊTRE FIABLE

Les infirmières travaillant en groupe (1) ont souligné l'importance d'une information précise dans les cas de remplacement par des infirmières « volantes » sur la tournée.

Pour certains MG (solos 3,4), les supports de l'information partagée doivent être fiables ; les nouvelles technologies n'offrent pas à cet égard toutes les qualités nécessaires. Ils doivent parfois se débrouiller avec des informations minimales.

- *D'où le dossier infirmier complet et détaillé parce que ça dépend, ...nous chez nous, en tous cas, quand on n'est pas titulaire et qu'on est volante, on peut aller sur tous les secteurs. Donc voilà, on peut aller sur les secteurs de Waremme alors qu'on ne connaît rien du tout. Avoir un dossier infirmier complet et détaillé, ça aide beaucoup parce qu'alors les gens, quand on demande ceci, cela, s'énervent souvent parce que déjà, ils n'aiment pas le changement. I1-76*
- *Moi, j'ai eu un problème notamment en garde avec une consœur comme ça où, en fait, on s'est mal compris dans nos SMS MG3-166*
- *C'est parfois le problème avec l'informatique : on vous tape un dossier avec toute la liste des visites du médecin qui l'a vu, qui a pris sa tension, etc. et quand on est 25, les éléments importants là-dessus, on les zappe MG3-218*
- *Surtout, on regarde les médicaments et on comprend tout. On regarde le tas de médicaments qui est là, et on sait ce qu'il a, globalement MG4-203-205*

#### 1.3.2.5. LA QUALITÉ DÉPEND DE LA CONSERVATION DES INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Pour les infirmières travaillant en groupe (1,2), si l'information circule bien, il faut aussi qu'elle soit utilisée à bon escient.

Des MG (1) ont souligné l'importance pour le patient de ne pas devoir, à chaque contact avec un médecin différent, recommencer à raconter son histoire. D'autres MG (solos 3) pensent que le dossier médical devrait suivre le patient en cas de changement de thérapeute.

- *C'est pas parce que c'est rempli que c'est lu non plus I2-337*
- *La majorité des gens, ce qui les horripile, c'est d'arriver chez un médecin et de devoir recommencer à zéro tout le truc. MG1-108*
- *Je trouve que c'est vraiment important aussi, une bonne entente au sein d'une même région pour, justement, discuter de quelque chose, « tel patient venait chez moi, maintenant il va chez toi. Pas de problème, voilà le dossier » MG3-22*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

Les MG parlent beaucoup du transfert d'information avec leurs confrères dans deux situations : après les gardes et à propos du patient qui sort de l'hôpital. Les kinés transmettent peu d'informations à leurs confrères.

Les aides-familiales s'organisent entre elles et se transmettent des informations essentiellement pour assurer la continuité dans le temps (indisponibilité, congés). Les infirmières insistent sur l'importance des informations pour éviter les erreurs.



## Réflexion

Le transfert d'informations intra-disciplinaire reste crucial pour assurer des soins continus de qualité. Il n'est pas assuré de manière uniforme par toutes les professions, notamment parce qu'il existe une disparité de fonctionnement, d'équipement ou de lieu(x) de travail, certaines disciplines prestant à la fois en cabinet et aux domiciles. Ce constat de disparité n'est pas sans importance quand il s'agit d'envisager le transfert d'informations à un niveau interdisciplinaire ou entre deux niveaux de soins.

### 1.3.3. AVEC LES AUTRES PROFESSIONS

#### 1.3.3.1. L'INFORMATION DOIT ÊTRE DISPONIBLE, ACCESSIBLE. IL FAUT ALLER CHERCHER L'INFORMATION DONT ON A BESOIN

Pour les infirmières travaillant en groupe (1,2), le cahier de coordination a été cité comme moyen de communication entre les professionnels et l'environnement du patient. L'information provenant de l'hôpital n'est pas souvent présente. La coordination informationnelle avec les autres professions est nettement plus problématique qu'entre infirmières. Les outils dédiés ne sont pas toujours utilisés correctement. Les patients eux-mêmes peuvent faire rétention de l'information et rendre le travail plus difficile. Joindre les autres soignants est parfois difficile.

Pour de nombreux kinés (solos 1,3, groupe 2), les difficultés sont importantes pour obtenir les renseignements cliniques ou paracliniques, même minimaux, nécessaires à la prise en charge et plus globalement sur l'état de santé du patient ; le milieu hospitalier est particulièrement pointé du doigt : chirurgiens, psychiatres notamment. En cas de demande de renseignements à leur initiative, le temps qui y est consacré est jugé beaucoup trop important. La communication avec les médecins traitants se fait sur une base volontaire. Le cas des maisons médicales est plus favorable, avec une communication interne mieux établie. Certains kinés (3) ont regretté que dans l'autre sens, ils n'ont aucun retour sur les rapports qu'ils établissent (parfois).

Des MG (solos 2) ont insisté sur la cohérence donnée aux soins par la circulation de l'information entre tous. Pour d'autres (solos 3,4), les sorties d'hôpital (surtout le vendredi en fin d'après-midi !), les retours de chez les spécialistes sont souvent des moments difficiles. Ils éprouvent aussi des difficultés à obtenir des informations sur les résultats des traitements de kinésithérapie.

Les coordinateurs de soins (1,2) ont rapporté les difficultés qu'ils ont à assurer la liaison entre l'hôpital et les équipes de soins par manque d'information pertinente présente en temps et lieu utiles : modifications de dernière minute du plan de traitement qu'on leur a communiqué, instructions adressées au médecin seul, orientation sociale ou technique de la transmission d'information, manque de connaissance des besoins réels des intervenants de terrain. Le manque de systématisation, de standardisation a été dénoncé. Par contre, pour la continuité des soins entre intervenants au domicile, ils savent que les soignants eux-mêmes se renseigneront quand nécessaire. L'organisation des structures hospitalières rend la recherche d'informations difficile. (CoS1 & CoS2).

Les standards différents, dans les documents sous forme papier ou informatique compliquent la transmission de l'information. Quand plusieurs professions sont concernées par une situation, parfois c'est la politique du « chacun pour soi » (CoAF).

- *Parce qu'il y a des fois qu'on a des patients qui rentrent en soins palliatifs et qui ont de l'espoir, et qui sont en soins palliatifs et on n'a pas toujours des informations, on ne sait pas sur quel pied on doit danser. I1-193*
- *Il y a les feuilles de liaison aussi qu'on rencontre... qu'on ne voit jamais, pas souvent I2-67*
- *Ils [les patients] ont la lettre pour les médecins... Qu'on ne peut pas voir pour l'infirmière... regarder s'il n'y a pas une ordonnance dedans I2-220/222*



- Vous devez rentrer au service et essayer de prendre le téléphone fixe pour essayer de joindre le médecin traitant qui ne sera pas là I2-247/249
- Ca devient difficile d'avoir un travail de qualité quand vous n'avez pas toutes les données en main... On est quand même en droit de connaître l'entièreté de la pathologie et des antécédents du patient pour avoir un traitement de qualité K1-17
- Moi, quand j'ai le temps je fais un rapport écrit. K3-78 Normalement, c'est même obligatoire, en principe. On ne le fait pas toujours, moi, je ne le fais pas toujours, mais normalement, c'est obligatoire. K3-79 ...mais on n'a aucun retour. K3-80
- Il y aura une qualité de soins parce qu'on aura été cohérent un peu dans tout et que le patient, je pense qu'à un moment donné, se rend compte de cette cohérence s'il y a effectivement une circulation d'informations MG2-
- Le vendredi à cinq heures ou le samedi, moi, je me suis déjà retrouvé en garde à aller voir quelqu'un qui est sorti de l'hôpital, je ne connais pas du tout la pathologie MG3-135
- Ils vont être opérés en urgence de l'appendice un week-end et nous, on ne le sait pas, on reçoit le rapport une semaine après qu'on soit sortis de l'hôpital MG3-372
- Parfois, les choses changent le jour du retour, et vous n'êtes pas informé malgré toute la bonne volonté que vous avez pu mettre, et malgré tout ce que le service social interne de l'hôpital a pu faire aussi. C'est ça CoS1-86
- On demande à nos infirmières de contacter directement la salle parce que déjà, de nouveau, quand les assistants sociaux de n'importe quel hôpital nous contactent, c'est une infirmière ou un médecin qui leur a demandé, eux ils nous redemandent avec des mots que nous, on a parfois appris à comprendre ou qu'on ne sait pas puis on redit quelque chose qu'on n'a pas compris CoS1-91
- il y a des choses qu'on laisse de côté en se disant : ben ça ce n'est pas notre boulot, ce sera le boulot de l'autre mais qui n'est peut-être pas au courant parce que la personne ne lui a pas dit etc. Donc il y a plein d'informations, comme ça, qui passent beaucoup plus difficilement, en tout cas CoAF-11

### 1.3.3.2. LES VECTEURS DE L'INFORMATION SONT MULTIPLES. LA COORDINATION FAIT APPEL À DES OUTILS DE COMMUNICATION SPÉCIFIQUES

Les infirmières (groupe) ont cité les réunions, le dossier, les messages, le téléphone, le cahier de coordination et les hypothétiques feuilles de liaison avec les hôpitaux.

Des kinés (groupe) ont beaucoup parlé des contacts formels et informels entre les soignants d'un même groupe, y compris l'intervision avec un psy (au sein des maisons médicales). Des kinés travaillant en groupe souhaitent le développement de réseaux de communication, tant pour les renseignements nécessaires aux soins que pour l'information des patients sur les possibilités de traitement ou pour développer la convivialité entre prestataires de soins. Les kinés (3) ont cité le cahier de coordination, le téléphone ; ils placent des espoirs d'amélioration de la communication dans l'utilisation d'e-mails.

Des MG (solos 2,3) ont cité les outils qui leur sont utiles : rapport médical et infirmier en cas d'hospitalisation, doublé par une transmission électronique rapide (MeXi). Le contact direct avec les médecins hospitaliers reste souvent utile. Des MG (solos 3,4) ont cité également le carnet de coordination, utilisé notamment dans les soins palliatifs.

Les coordinateurs de soins (1,2) mentionnent beaucoup d'outils, spécifiques à la coordination ou non, utilisés pour communiquer : la fiche de liaison pluridisciplinaire, les réunions de coordination, le téléphone, le cahier de communication, le courriel (CoS1). Le choix dépend de l'organisation des services et des relations existantes entre les soignants. Le volume d'information échangée nécessite la multiplication des canaux d'information. Finalement, quel que soit le canal utilisé, la communication reste dépendante des personnes en présence, de leur niveau d'information, de leur disponibilité (CoS2).

- en parlant d'ordinateur, un moyen de communication qui pourrait peut-être marcher, c'est un élément, avec tous les médecins, ce n'est pas évident, mais si le kiné peut transmettre

son E-mail et avoir. Via E-mail, on ne sait jamais, peut-être que ça pourrait peut-être fonctionner. K3-171

- Au niveau de la continuité par rapport à un passage à l'hôpital, j'aime bien d'avoir un rapport, de savoir ce qui a été fait, sonner éventuellement, d'aller voir des fois même le patient, essayer d'aller voir le patient à l'hôpital pour tomber sur le spécialiste et avoir les renseignements complémentaires. MG2-151
- Certains l'utilisent vraiment à bon escient. Il y en a que c'est catastrophique. je vois mon message précédent, il n'y a rien entre, il n'y a que moi qui note dedans. ... CoS1-110
- c'est la fiche de liaison hôpital-domicile, ainsi que le cahier de communication, comme il est à la base réfléchi par tous les services, il est identique pour tout le monde, donc ça veut dire qu'au niveau des services, même si on a des services concurrents différents, on a quand même des choses, on fonctionne de la même manière pourvu que les intervenants se disent, si je fais un stage à la coordination de la CSD, ou l'ACH., c'est le « même fonctionnement ». CoS2-121
- Téléphone, mails, fax. Le mail, généralement, il n'y en a pas beaucoup qui le lisent. Donc le téléphone, puis alors on dit « je vais vous faxer quelque chose, postez-vous devant le poste ». CoS2-77
- il n'est pas rare que quand je rencontre le patient pour faire l'évaluation, que je vois qu'il avait justement la fiche de liaison qui était destinée à la coordinatrice pour remettre les choses en place. CoS2-81

#### 1.3.3.3. LA COLLABORATION ASSURE LA CONTINUITÉ DANS LE TEMPS

Les MG (solos 3) sont conscients de leur responsabilité dans la transmission des informations.

Les coordinateurs de soins (1) se soucient essentiellement de la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile.

- Pouvoir créer justement une continuité... (à propos de) la sortie d'un patient qui est hospitalisé et qui a besoin de soins CoS1-80

#### 1.3.3.4. L'INFORMATION DOIT ÊTRE DE QUALITÉ, ÊTRE FIABLE

Pour les infirmières (groupe 2), la précision de l'information est importante, jusque dans les détails, tant pour les soins à réaliser que pour les éléments de contexte propre au patient. L'information provenant de l'hôpital, à la sortie d'un patient, est souvent incomplète (infirmières groupe 1).

Pour certains kinés (solos 1, groupe 2), l'information reçue n'est pas toujours fiable, en particulier les diagnostics provenant des prescripteurs. Il peut y avoir un problème de compétence chez les prescripteurs ou simplement un problème de communication au niveau de la prescription. Un contact direct avec le médecin clarifie parfois les choses, mais pas toujours. On retrouve ici la singularité de leur métier, mal connue des autres prestataires dont pourtant ils dépendent pour les prescriptions. Les kinés (3) trouvent qu'ils reçoivent trop peu de directives, trop mal rédigées ou mal écrites.

Des MG (solos 3) ont cité la qualité de leur propre transmission vers la deuxième ligne.

Pour les coordinateurs de soins non paramédicaux (assistants sociaux, par exemple), il est important de bien comprendre (et éventuellement d'éclaircir) les termes médicaux qu'ils doivent relayer à l'équipe (CoS1). De plus, ils doivent récolter eux-mêmes des informations spécifiques à la situation du patient (CoS2).

- Parfois la clé est cachée quelque part, mais c'est important aussi. Parce que si une personne trouve la porte close quand elle arrive et qu'elle repart, qu'elle ne fait pas les soins, etc. I2-151
- C'est toujours désagréable de voir effectivement arriver des diagnostics et par contre, moi, je n'ai pas de souci à essayer de poser un diagnostic... ne pas devoir passer par certains prescripteurs qui vous renvoient la balle avec très peu de précisions K1-61

- *Ce n'est pas une question de clarté au niveau du traitement, c'est au niveau du diagnostic. Je pense que généralement, ceux qui font les prescriptions, je ne pense pas qu'elles vont être lues par quelqu'un d'autre. K2-181*
- *Ca, c'est dans un souci de mieux communiquer avec chaque intervenant, c'est qu'au début, la première fois qu'on est confronté à un terme auquel on ne comprend rien qu'on se renseigne... CoS1-216*
- *La situation financière aussi, c'est inutile d'aller lui proposer des solutions qui ne soient pas à sa portée. Le réseau familial...CoS2-*
- *Les compétences du patient : ce qu'il sait encore faire, ce qu'il ne sait plus faire, ... CoS2-*

#### 1.3.3.5. LES INFORMATIONS PROVENANT DE PRESTATAIRES DIFFÉRENTS DONNENT UNE VISION PLUS GLOBALE

Pour les infirmières (groupe 2), les informations provenant des autres professions aident à la gestion de la globalité.

Des MG (solos 2) ont mis en évidence le rôle de centralisation et de synthèse critique de leur profession dans le flux d'informations autour d'un patient. D'autres (solos 3) sont très conscients des apports de la pluridisciplinarité dans la gestion des soins : ils ont cité les kinés, les infirmières, les pharmaciens comme partenaires.

Le travail de la coordination est de centraliser les informations des différents intervenants, en avoir une vue globale, afin de dégager des solutions adaptées à la situation. (CoS2)

- *Nous en tant qu'infirmière, tu vois, pour une insuline, on va peut-être rester dix minutes chez le patient. Une aide familiale, elle va y passer deux heures. Donc, il y a des choses qu'elle a pu observer et que nous, sur les dix minutes qu'on y va le matin, on ne sait pas observer I2-49*
- *Je pense que ça fait partie de la qualité des soins, justement, de pouvoir un petit peu intégrer ces examens-là éventuels qui ont été faits et en tirer des conclusions, les relativiser, leur donner leur juste place. MG2-36*
- *Le point positif ... de bien connaître des paramédicaux dans le coin, des kinés, des infirmières pour pouvoir téléphoner et éventuellement rencontrer un aux mêmes heures chez le patient, si c'est un cas plus lourd, pour avoir un suivi plus régulier MG3-138*
- *C'est le pharmacien qui sait ça. Lui, il voit les ordonnances, celui-là, il va voir trois ou quatre médecins MG3-191*
- *Mais c'est l'essence de la coordination, la globalité. Nous, on nous a appris justement à voir tous les aspects et se poser des questions tout le temps...CoS2*

#### 1.3.3.6. LA QUALITÉ DÉPEND DE LA CONSERVATION DES INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

La conservation et la transmission des informations concernant le patient entre l'hôpital et le domicile sont déterminantes dans la qualité des soins. Cela est facilité quand une collaboration s'installe entre les personnes responsables, souvent à l'initiative de la première ligne (infirmières groupe 1).

Des kinés (3) ont cité un progrès dû au ministre Vandenbroucke : l'obligation de tenir un dossier complet.

La réactualisation des informations, tout au long du processus de soin, est nécessaire afin de pouvoir fournir des soins adaptés à la situation à ce moment-là. Les coordinatrices de soins, qui ne sont pas prestataires, plus que les autres ont besoin de cette information mise à jour (CoS2).

- *certain kinés qui n'avaient aucun support, ils ne connaissaient pas l'adresse de leur patient, le numéro de téléphone, le médecin traitant, donc VDB, il a obligé les gens d'une manière ... Il fallait mettre de l'ordre. K3-110*

- *qu'un encadrement, il tourne, comme on dit, avec le temps aussi, donc, il faut qu'on puisse suivre une évaluation pour ne pas dire, voilà, la semaine, ça va, le week-end, ça pose problème, (...). Mais ça c'est tous les jours CoS2-140*
- *Or que oui, ça va nous permettre, nous, de continuer à suivre la personne et le jour où on a besoin de nous, c'est d'avoir quand même cet historique-là, d'avoir suivi le patient sera beaucoup plus facile. Mais les intervenants de première ligne avec qui on fonctionne, ils n'ont pas toujours en présence dans leur tête que pour nous, c'est quelque chose d'important. Pour eux, c'est un détail, c'est insignifiant, donc la coordinatrice n'a pas besoin d'être tenue au courant. Or que nous, on est justement demandeuses CoS2-142*

#### 1.3.3.7. L'INFORMATION DOIT ÊTRE CENTRALISÉE

Des kinés (3) ont dit qu'un accès au dossier leur permettrait de travailler dans une plus grande sécurité.

Les CoAF ont souligné l'importance d'une personne de référence centrale dans l'information.

La centralisation des données est une caractéristique du travail de coordination de soins. Parfois, les prestataires se reposent sur les coordinatrices pour la conservation des informations dont ils ont personnellement besoin, ce qui pose indirectement la question de la gestion de leur propre dossier (CoAs2).

- *Quelqu'un qui centralise toutes les informations et à qui on peut se référer si on a des questions ou s'il y a un couac à un moment donné, où est la clef, des tas de petits problèmes qui pourrissent un peu le travail CoAF-48*
- *on a des dossiers qui font des épaisseurs incroyables, parce qu'on a tout l'historique. Pourquoi ? Parce que bien souvent, comme on pense que la coordinatrice doit centraliser toutes les informations, on va nous demander à nous certaines choses qui datent de deux mois. Et donc, si on ne note pas, on risque d'oublier, et avec le nombre de dossiers et de fiches d'appels qu'on a, c'est un peu difficile CoS2-84*

#### 1.3.3.8. LA CIRCULATION DE L'INFORMATION DOIT SE FAIRE DANS LE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ DUE AUX PATIENTS

Des kinés travaillant (groupe, kinés 3) ont souligné cet aspect, potentiellement plus vulnérable au sein des maisons médicales.

- *Avoir accès, ça ne veut pas dire que chacun va lire tous les dossiers, ça veut dire que pour ce qui nous concerne, donc, moi, si j'ouvre un dossier, j'ouvre les parties qui nous concernent, je ne vais pas regarder l'histoire. K2-133*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

Les coordinatrices d'aides familiales et de soins se plaignent de l'excès d'informations ainsi que du nombre de moyens différents utilisés. Leur mission est de coordonner tous les intervenants et l'information dont elles disposent est essentielle à ce travail.

De manière générale, les professionnels cherchent l'information dont ils ont besoin. Ils utilisent des moyens très variés tels que le téléphone, le courrier électronique, la fiche de liaison et le cahier de coordination. Tous reconnaissent l'importance des informations. Cependant, la transmission d'informations prend du temps.

## Réflexion

Tous les professionnels du domicile s'accordent à dire que l'échange des informations est primordial pour permettre des soins continus de qualité. Toutefois, le mode de transmission interprofessionnel idéal se cherche toujours. Le constat est qu'un outil centralisé, facile d'accès et consulté régulièrement par chacun n'est pas encore disponible. L'équation reste complexe à résoudre : il faut trouver un juste équilibre entre accessibilité et fiabilité des données, respect de la vie privée et du secret professionnel. Les nouvelles technologies sont prometteuses mais elles ne sont pas encore au point ; leur entrée au domicile du patient pour des prestataires itinérants pose encore bien des questions non seulement techniques mais également éthiques. Les SISD doivent probablement travailler à l'amélioration des outils existants et favoriser des expériences pilotes dans ce domaine crucial.

### 1.4. PÔLE RELATIONNEL

#### 1.4.1. IMPORTANCE DE LA RELATION INTERPERSONNELLE

##### 1.4.1.1. LA CONFIANCE ENTRE LES PROFESSIONS EST À CONSTRUIRE. LES DIFFÉRENTS PRESTATAIRES AUTOUR D'UN PATIENT NE SE CONNAISSENT PAS TOUJOURS

Les infirmières ont insisté sur l'importance du contact direct avec leurs collaborateurs (collègues, hôpital), de manière visuelle par exemple (infirmières groupe 1). Le problème est cité aussi vis-à-vis des médecins prescripteurs (infirmières groupe 2). Les rencontres formelles étant rares, elles s'organisent avec des pis-aller, des rencontres plus ou moins improvisées.

Des kinés (solos 1) pensent simplement que le bon sens devrait guider ces relations. D'autres (groupe 2) ont souligné la difficulté plus importante en milieu urbain. Un kiné (3) a regretté le temps où il travaillait en hôpital et les colloques où tout le monde avait droit à la parole.

Pour les coordinatrices de soins, la connaissance mutuelle, des expériences positives antérieures, créent un climat favorable à la collaboration. Le respect permettent de créer un lien relationnel entre les soignants et leur permettent d'aller plus loin, d'être plus efficaces que dans d'autres situations. Ce climat de confiance et de respect mutuel favorise les collaborations ultérieures, même plus ardues. Un réseau d'intervenants se constitue progressivement (très nombreuses interventions des CoS2). Cela fait partie de leur fonction d'aider les différents soignants à se rencontrer et à se connaître pour mieux travailler ensemble (CoS1).

Pour les MG, la constitution d'un réseau n'est pas systématique. D'une part, le réseau de soignants autour du patient se fait suivant les préférences du patient, par proximité géographique. À l'opposé, il peut reposer sur des expériences professionnelles antérieures amenant connaissance et confiance mutuelle (MG solos 2). D'autres MG (solos 4) ont insisté sur l'importance croissante du dialogue interprofessionnel. Certains (1) ont insisté sur l'importance du dialogue entre professionnels à tous niveaux, dans l'équipe de soins ambulatoires comme avec les hôpitaux.

La collaboration est meilleure entre des personnes qui se connaissent bien (CoAF).

- *Je le ferai exprès de venir ... à onze heures, comme ça je rencontrerai le médecin. Même s'il n'y a rien d'important, on se voit et quand on se rencontre peut-être une fois ou deux, après c'est beaucoup plus facile de communiquer, de travailler ensemble. Se forcer parfois à se rencontrer même si on sait qu'on va perdre du temps I2-1*
- *J'ai travaillé sur une île, au niveau d'un village ; je connaissais les médecins ; la communication se faisait très bien. Pareil à E..., il y a 3, 4 médecins, donc on se connaît. Dans les grandes villes, il y a une forme de dépersonnalisation. K2-278*
- *Je crois que le coordinateur est plus dans cette problématique-là puisque les soins, il ne les fait pas. Donc, c'est plus une écoute et une communication entre tous. CoS1-45*

- *Quand on a la chance d'avoir un généraliste avec lequel on collabore régulièrement, des infirmières que l'on connaît, le kiné, les intervenants se font quelque part confiance. Si un demande l'une ou l'autre chose ce sera bien vécu par les autres, et généralement, ils vont, en fonction du patient, se respecter, et faire des choses qu'ils n'auraient peut-être pas faites pour une situation anonyme CoS2-46*
- *C'est comme à l'hôpital, je pense que le problème qu'on a avec l'hôpital, c'est parce qu'on travaille de plus en plus avec des gens qu'on ne connaît pas. MG1-84*
- *C'est un grand avantage de connaître d'une manière personnalisée les kinés et les infirmières avec qui je travaille, disons que ça fait quatre kinés, trois infirmières vraiment proches puis, éventuellement, celle de l'une ou l'autre maison médicale, donc pour moi, c'est plus facile de communiquer avec ces personnes-là que chaque fois faire des démarches pour connaître. MG2-155*
- *Je crois que ça dépend beaucoup des relations qu'on a avec les infirmières et les kinés. Je crois que ça, c'est vraiment tout à fait individuel et même avec les services sociaux, les assistantes sociales, pour quand même de plus en plus de cas MG4-228*
- *ce qui facilite énormément le travail en pluridisciplinarité, c'est de s'occuper des mêmes équipes et d'être au niveau géographique stable ... je collabore avec les assistantes sociales des CPAS qui me connaissent, on se connaît, alors on sait à qui on peut demander quoi, puis on connaît nos équipes, on sait qui on peut envoyer où CoAF-115*

#### 1.4.1.2. LA COLLABORATION DÉPEND DES MENTALITÉS PERSONNELLES

Pour les infirmières (groupe 1), la complexité de la dynamique de groupe, des relations interpersonnelles peut rendre la collaboration difficile.

Les MG (1,3,4) ont cité la nécessité de congruence des mentalités pour pouvoir collaborer, même au sein de leur profession. Certains (1) ont insisté sur les difficultés qu'ils rencontrent avec certains spécialistes, surtout hospitaliers, qui méconnaissent totalement la médecine générale.

Les coordinateurs de soins (1) sont sensibles aux changements de mentalité au sein de la jeune génération de médecins ; les interactions et la volonté de travailler ensemble émergent.

- *Mais il y a toujours une mésentente entre collègues, même s'il y en a une qui dit : « ben voilà, tu dois faire comme ça », si l'autre estime qu'elle doit faire autrement, elle fera quand même autrement. Voilà, c'est ça le problème. (...) Tout le monde serait dans la même entente, il y aurait une meilleure qualité de soins I1-72*
- *Il faut veiller que le cahier de communication ne devienne pas un lieu de conflit I2-306*
- *je ne sais pas si ce serait possible de gérer tous les stagiaires de 3ème ou 4<sup>ème</sup> doc pour qu'ils fassent au moins un mois en médecine générale. Mais, en tous cas, les deux-trois spécialistes qui sont passés par la médecine générale, dans les quelques copains de notre âge, je trouve qu'ils nous apportent une toute petite chose différente vis-à-vis du feed-back avec le généraliste. MG1-60*
- *La nouvelle génération de médecins généralistes... se vit comme étant l'intervenant mais pas plus important que les autres, un intervenant comme les autres qui a son rôle à jouer comme les autres à domicile, et vraiment, ça change la donne dans la prise en charge.... CoS1-60*

#### 1.4.1.3. LA COLLABORATION DÉPEND DE LA MOTIVATION INDIVIDUELLE. LA COLLABORATION ET LE DIALOGUE INTERPROFESSIONNELS SONT FRAGILES

Des kinés (solos 1) ont signalé des expériences collaboratives qui se sont arrêtées une fois leur promoteur disparu. D'autres (groupe 2) ont souligné la difficulté à organiser une collaboration entre indépendants. On a aussi cité l'exemple d'intervenants extérieurs au groupe qui assurent la cohésion de l'ensemble (groupe 3).

Des MG (1,3) ont souligné l'importance d'une démarche volontariste vis-à-vis de l'hôpital comme au niveau des soins primaires. Le besoin n'est pas nouveau, mais peut être perçu de façon plus aiguë actuellement. Sans motivation, pas de dialogue.



Les coordinateurs de soins (1) et les CoAF ont pointé du doigt les difficultés entre paramédicaux et auxiliaires de soins.

- *les réunions communes entre kinés indépendants ne tiennent pas la route, c'est-à-dire que ça prend bien avec quatre ou cinq personnes, puis ça lâche dans ma région aussi, à part un cabinet avec deux personnes chez moi, chez vous peut-être K2-201*
- *C'est vrai que dans l'équipe pluridisciplinaire où je travaille, il y a certaines personnes qui sont dans cette équipe-là, qui n'ont pas toujours spécialement des patients, ... mais alors, ce qui se passe de temps en temps, pour garder justement la cohésion au niveau du groupe que tout le monde continue à bien venir aux réunions, tous les X temps, il y a une personne qui fait une intervention... donc, il y a chaque fois les animateurs extérieurs qui viennent pour essayer de garder justement un contact, pour que tout le monde, quand il vient, ils se sentent concernés par les réunions,... permet justement de rester dans cette motivation. K3-136*
- *Mais je ne fais rien pour que ça change, je reste dans mon petit coin MG1-85*
- *Je pense qu'un coup de téléphone entre le généraliste et le spécialiste, même l'infirmière de la salle, ça pourrait améliorer nettement les choses MG3-143*
- *Tous les médecins généralistes, c'est une question d'entente entre les médecins généralistes, faisaient une réunion avec les kinés, les infirmières, les psys, alors que c'étaient tous des indépendants. C'étaient tous des gens qui travaillaient en solo, et ils le faisaient déjà en 1979 MG4-244*
- *Et l'infirmière vous dira, ah oui, elle m'a critiquée, mais elle n'a pas vu qu'il faisait dégueulasse. Qu'est-ce qu'elle fout, l'aide-familiale pendant trois heures? C'est vraiment du vécu CoS1-212*

#### 1.4.1.4. LES RENCONTRES INTRA PROFESSIONNELLES CRÉENT DU LIEN ENTRE LES PRESTATAIRES

Des kinés (groupe 3) ont insisté sur la convivialité née des rencontres interprofessionnelles.

Pour les MG, le dodécagroupe, le GLEM sont des lieux de rencontre professionnelle qui ont permis le rapprochement entre médecins qui ne se côtoyaient pas avant (MG 1,2). Certains (solos 3) ont insisté sur l'utilité des rencontres extra-professionnelles, des soignants entre eux, avec leurs familles. Ces rencontres qui favorisent le lien entre tous sont également utiles à la transmission des informations ultérieurement en raison de l'amélioration de la communication. Lorsqu'ils collaborent, certains déclarent être particulièrement attentifs à la convivialité (solos 4).

- *on a perdu un petit peu cet aspect convivial, c'est-à-dire qu'avant, on voyait la coordinatrice, on était beaucoup plus proche d'elle... on voyait les médecins etc., et puis on a un petit peu perdu cet aspect des choses. K3-135*
- *Tous ceux qui participent à notre dodécagroupe, on se connaît vraiment bien, donc la possibilité déjà de se remplacer, d'échanger, etc., c'est bien mieux qu'avant... Mais c'est insuffisant, encore MG2-230*
- *C'est important aussi, pour la continuité des soins, que les médecins d'un même secteur se voient dans d'autres conditions aussi. Les soupers..., un week-end ... on discute aussi d'un tas d'autres choses, ça permet de créer des liens et d'avoir une meilleure relation MG3-178*
- *On va manger une fois par mois deux heures au restaurant, mais pour histoire d'échanger un peu tout ce qui est au niveau professionnel MG4-245*

#### Réflexion

Les expériences antérieures de contacts multidisciplinaires locaux ont en général été vécues fort positivement. Les rencontres entre professionnels géographiquement proches facilitent le travail ultérieur. Les jeunes générations de médecins généralistes paraissent potentiellement à l'origine d'une évolution favorable : les relations hiérarchiquement figées d'antan semblent laisser place à une nouvelle culture de la pluridisciplinarité. Les SISD ont vraisemblablement un rôle à jouer dans cette importante évolution culturelle « générale » ; on peut également s'interroger sur le soutien qu'ils pourraient apporter à des actions « locales » qui initieraient ou intensifieraient le dialogue interprofessionnel.

## 1.4.2. DANS MA PROFESSION

### 1.4.2.1. LA COLLABORATION PERMET DE DIMINUER LA CHARGE DE TRAVAIL

Des infirmières ont signalé l'allègement que constitue la nouvelle possibilité de travailler en collaboration avec des aides-soignantes (groupe 2). Une bonne coordination permet que des tâches effectuées par d'autres professionnels ne soient effectuées qu'une fois (groupe 1).

Des kinés (solos 1, groupe 2) envisagent la collaboration pour limiter la surcharge de travail.

Des MG (1) ont cité la possibilité de prendre des congés régulièrement. Pour d'autres, la collaboration concerne avant tout les gardes, et ensuite les soins palliatifs (MG solos 2,3,4).

- *J'ai essayé d'organiser sur la commune des rencontres entre kiné. C'était entre 2000 et 2003-2004. Et puis, c'était toujours le même noyau, mais c'était aussi pour essayer d'organiser des pseudo-gardes parce que ce n'est pas évident, quand on a une famille, des enfants en bas âge, de se libérer le samedi pour les respiratoires, etc., et il y avait une tournante qui était organisée ; donc si on voulait prendre son patient en charge le week-end, on le prenait. Sinon, on avait établi un rôle de garde. ...K2-120*
- *En tant que médecin en solo, moi j'estime que c'est certainement l'avenir de travailler à plusieurs pour différentes raisons, donc la société évolue, les exigences très importantes, la masse d'information, la masse de travail administratif et autre, on a besoin d'être secondés. On est dépassés, je pense, par les tâches multiples qui sont imposées et les difficultés qu'on a de temps en temps à y faire face à tous points de vue. Je crois qu'on a besoin de se sentir solidaires MG2-228*

### 1.4.2.2. LA CONTINUITÉ EST LIMITÉE PAR LE CARACTÈRE INDÉPENDANT DES PRESTATAIRES

Des kinés (solos 1) ont apporté beaucoup d'exemples d'individualisme dans leur profession : liberté de décision, entreprises collaboratives avortées, rétention d'informations, etc.

Des MG (solos 2,3,4) ont cité également plusieurs exemples d'individualisme dans leur profession ou avec les autres professions (refus de participer au rôle de garde, absence de communication à propos des patients). Ils n'apprécient pas les interventions trop coordonnées de certains services à domicile.

- *Quand on est indépendant, on aime bien de faire un peu ce qu'on veut, on a un peu peur d'être contrôlés quand on reçoit un coup de fil ou de savoir ce qu'on fait ou un truc comme ça K1-151*
- *Un petit peu avant qu'on arrive, notre génération, c'était encore, le confrère, c'est la personne qui fait le même métier que vous, mais moins bien MG3-57*
- *C'est une tendance, dans certains services, de vraiment tout prendre en charge, le patient revient, tout est organisé MG3-142*

### 1.4.2.3. LES PROFESSIONNELS PEUVENT ÊTRE MIS EN CONCURRENCE

Des kinés (groupe) ont clairement abordé le problème de la concurrence, entre kinés indépendants, entre kinés indépendants et de maisons médicales.

La concurrence vécue par certains MG (solos 2) au sein de leur profession a été mise en lumière par l'organisation du système de garde de week-end.

- *il y a toujours une menace sous-jacente. Par exemple, nous, quand la maison médicale s'est ouverte, il y avait déjà trois kinés dans la rue ; on les a convoqués pour leur montrer le projet de la maison médicale. Ils se sentaient menacés alors que la population est différente ; et en plus, le patient a difficile à casser la relation avec son thérapeute ; donc ce n'est pas une menace réelle mais c'est ça qui joue. K2-268*
- *La continuité, je crois que ceux qui organisent par exemple les rôles de garde, leur préoccupation n'est pas du tout la qualité. Leur préoccupation, c'est que les gens*



*retournent chez eux le lundi, qu'ils aient une bonne conscience, qu'ils aient carte blanche, qu'ils puissent partir en week-end et que les gens reviennent le lundi, mal soignés du week-end, contents de retourner là le lundi. MG2-111*

#### 1.4.2.4. LES PROFESSIONNELS ÉPROUVENT LE BESOIN D'UN SOUTIEN DANS LEUR MÉTIER

Des kinés (3) ont parlé du soutien qu'ils apprécient dans leur famille, avec leurs collègues, de façon informelle.

Des MG (1) ont cité la médecine de groupe comme l'endroit du développement de la qualité, du partage d'expérience, du partage de la responsabilité professionnelle, jugée trop écrasante par les jeunes générations. D'autres (solos 3) ont exprimé le besoin de contacts avec leurs pairs dans les situations de soins psychologiquement difficiles.

Les CoAF ont insisté sur l'importance de services de soutien à la première ligne en cas de situations difficiles ou à forte charge émotionnelle.

- c'est vrai que partager ça aussi avec les autres personnes qui sont aussi indépendants, ça aide aussi, ça permet d'avancer progressivement. K3-41*
- Je pense qu'ils (les jeunes médecins) trouvent confortable de ne pas devoir prendre tous seuls des décisions. Je crois qu'ils ont l'air d'estimer, de façon, à mon avis exagérée, que c'est un métier à responsabilités tellement énormes, qu'assumer ça tout seul, c'est au-dessus de leurs forces. MG1-191*
- Ça peut être un grand soutien puisqu'on a maintenant de plus en plus de cas, on a eu un cas de demande d'euthanasie par exemple, là on a mis les bouchées doubles et on a eu un besoin de vraiment tous se rencontrer, de se soutenir, et d'exprimer notre ressenti par rapport à cette situation-là, et ça a très très fort renforcé l'équipe CoAF-108*

#### Réflexion

L'opinion des prestataires au sujet des contacts intra-professionnels est ambivalente : utiles pour se répartir le travail ou se soutenir mutuellement, ces contacts avivent toutefois la concurrence ou sont fuis par les plus individualistes. A noter le besoin exprimé de pouvoir faire appel à des services de soutien lorsqu'il faut gérer des situations complexes ou à forte charge émotionnelle. Les SISD ont-ils un rôle à jouer en cette matière ?

#### 1.4.3. AVEC D'AUTRES PROFESSIONS

##### 1.4.3.1. MANQUE D'INTÉRÊT POUR LES PROBLÉMATIQUES PROPRES AUX AUTRES PROFESSIONS. MANQUE DE RECONNAISSANCE DU TRAVAIL DES AUTRES PROFESSIONNELS

Des infirmières (groupe 2) souffrent du manque de transmission de l'information ou du manque de qualité de celle-ci, qu'on peut interpréter comme un manque de (re)connaissance de leur spécificité et de leurs compétences. Elles sont aussi évidemment sensibles au dénigrement de leur travail, surtout si cet avis vient sans l'autorité ou la compétence appropriée. Le travail effectué par les infirmier(e)s peut quelquefois être mis en doute par d'autres professionnels.

Certains kinés (3) ont beaucoup parlé du rôle de thérapeutes de la dernière chance que les médecins leur font jouer, par méconnaissance de leurs compétences.

Des MG (1) ont lourdement insisté sur le manque de connaissance et de considération des spécialistes envers les généralistes. Ils se sentent relégués dans un rôle administratif secondaire. Les MG (solos 3) se sont plaints aussi de la méconnaissance des hôpitaux de la réalité du terrain ; ils souhaiteraient être associés plus régulièrement aux discussions et décisions pour leurs patients hospitalisés.

Des coordinateurs de soins (1) ne se sentent reconnus ni par les patients ni par les soignants. Leur travail est peu visible quand tout va bien, mais ils sont au centre de critiques en cas de problème. Ils en appellent à une meilleure pratique de la pluridisciplinarité. L'information qui doit circuler n'est pas nécessairement la même pour tous les intervenants. Il existe une spécificité de chaque profession, pas toujours connue des autres (CoS2).

Les CoAF se plaignent des rapports avec certains administrateurs de biens, qui ne comprennent pas bien la réalité de terrain, et de la hiérarchie de fait qui peut s'instaurer entre soignants. Pour les CoAF, l'abondance d'intervenants dans certaines réunions est nuisible à la qualité du travail.

- *parfois, on a un petit peu l'impression qu'ils les envoient à Lourdes chez le kiné. On a tout essayé, et ils ne savent plus quoi faire. Ça ne va pas, allez neuf séances chez le kiné, ça je trouve ça dommage. K3-217*
- *Le médecin prescrit la pommade puis on débarque, puis on n'a pas de compresses, on n'a pas de désinfectant, on n'a rien, mais on a la pommade I2-217*
- *Quand on ne vise pas la même chose et qu'on ne respecte pas le travail de chacun, il faut reconnaître les compétences de chacun I2-302*
- *ce qui me gêne superbement, c'est d'être la secrétaire du spécialiste, sur tout, les décisions qu'il prend, le médicament qu'il prescrit, les démarches qu'il fait, les certificats qu'il ne remplit pas, je trouve que je n'ai rien à voir là-dedans. On ne m'a pas demandé mon avis, ni avant, ni pendant, ni après, et je suis bonne, moi, à faire les papiers. C'est quelque chose qui m'horripile, j'aimerais beaucoup renvoyer ça à la face de celui qui en est responsable MG1-12*
- *Certains hôpitaux, même La Citadelle ou même le CHU, parfois, convoquent les médecins aux réunions comme ça, mais c'est rare. C'est dommage... MG3-287*
- *On n'a pas nettoyé, on n'a pas fait la vaisselle, on n'a pas fait le repassage, pour les gens, on ne sert à rien CoS1-160*
- *Régulièrement, on remet sur la table la pluridisciplinarité, il y a plein d'endroits où ça se fait, je pense que c'est dans l'air du temps, on parle aussi de plus en plus de formations croisées entre l'hospitalier et l'extrahospitalier, donc la rencontre de l'autre, donc « vis ma vie un peu », c'est très dans l'air du temps CoS1-223*
- *On va le voir à l'hôpital, on ne sait pas, il nous explique, il y a trois marches, mais oui, trois marches, ce n'est pas gênant, mais quand on voit que la personne a une béquille ou un gadot, ben il faut peut-être envisager autre chose... CoS2-94*
- *Parfois on exagère, je trouve. Je me suis déjà rendue à des réunions de coordination avec 20 personnes autour de la table. C'est une famille, des cas sociaux, ... et je me suis dit « ce n'est pas possible ! 20 personnes, il y avait de tout. Là je trouve que c'est un peu trop ; on multiplie les intervenants CoAF-95*

#### 1.4.3.2. LES RAPPORTS INTERPROFESSIONNELS SONT MARQUÉS PAR UNE HIÉRARCHIE

Pour certaines infirmières (groupe 2), il existe une hiérarchie des soignants, ressentie non seulement vis-à-vis des médecins, mais également entre les professions dites « paramédicales ».

Des kinés (groupe 2) se sont plaints du rôle d'auxiliaires dans lequel ils se sentent laissés. Au passage, ils ont fait le parallèle avec le statut du médecin généraliste, « sous-médecin » comparé aux spécialistes.

Certains MG (solos 3) n'adhèrent pas à l'idée qu'ils sont « les chefs », mais cet avis n'est pas toujours partagé (solos 4). D'autres (1) ont différencié les infirmières, plus nettement subordonnées, des kinés, capables de prendre des initiatives.

Les coordinateurs de soins (1) doivent parfois insister auprès des patients pour ne pas représenter le « chef » d'équipe. Cependant ils se réfèrent in fine au médecin comme responsable. La hiérarchie existe bel et bien sur le terrain (CoS2).

- *Je trouve qu'il s'établit une espèce de hiérarchie dans les intervenants, même non dite, c'est-à-dire que généralement, sans dire de mal de personne, on met souvent l'aide familiale en bas et le médecin est au dessus I2-317*
- *Le bassin aujourd'hui, je ne le vide pas, l'aide familiale est là. Le kiné qui vient, oui, je suis le kiné, je fais ceci, je fais cela, l'infirmière, elle attendra bien I2-317*
- *Mais on est là auxiliaire de la médecine, ça c'est aussi un sujet de débat, peut-être pas le vôtre, mais moi, je ne me sens pas toujours bien dans cette situation d'auxiliaire K2-61*
- *Il n'y avait plus le médecin qui était le chef et les autres acteurs qui étaient... MG3-245*
- *C'est à toi à avoir assez de poigne pour dire c'est comme ça qu'il faut faire, et puis c'est tout MG4-230*
- *Je ne suis pas le patron, je ne suis pas l'employé de ces intervenants ....aucune hiérarchie directe avec les autres intervenants CoS1-22*
- *Le médecin traitant ...c'est de toute façon à lui que va revenir la décision. CoS1-16*
- *il y a parfois certaines tendances à hiérarchiser les intervenantes avec le médecin, l'infirmier, le kiné et tout à fait en dessous, l'aide-familiale et la garde-malade, et puis l'aide-ménagère encore plus bas. CoS2-182*

#### 1.4.3.3. LES RENCONTRES INTERPROFESSIONNELLES CRÉENT DU LIEN ENTRE LES PRESTATAIRES

Des MG (solos 3,4) se sont déclarés satisfaits des rencontres interprofessionnelles qui leur ont permis de mieux connaître leurs partenaires du réseau de soins.

- *On a organisé des formations pluridisciplinaires qui nous ont permis de nous connaître d'une façon différente entre les différentes professions ... c'est comme ça qu'on a pu quand même créer un climat de beaucoup plus grande entente et aussi de travailler vraiment en collaboration, et sur le même plan... MG3-245*

#### 1.4.3.4. LES PROFESSIONNELS PEUVENT ÊTRE MIS EN CONCURRENCE

Des MG (solos 4) ont rapporté des cas de difficultés avec les services coordonnés d'infirmières (divergence d'objectifs) et des pharmaciens (délivrance de produits sans ordonnance).

Des kinés (groupe 2) ressentent une concurrence de la part des médecins généralistes : ces derniers font eux-mêmes de la médecine manuelle, ils n'enverraient leurs patients qu'en dernier recours, comme dans un aveu d'impuissance.

Les coordinateurs de soins (1) ont signalé le risque potentiel de concurrence entre eux et les prestataires de soins, risque qui semble bien géré.

- *moi, je ressens parfois un peu un genre de concurrence entre la médecine classique dans ma région et la kinésithérapie, c'est-à-dire que les médecins ont difficile à laisser leurs patients chez le kiné, ... ils donnent un certain langage en disant que c'est presque un aveu d'échec quand ils doivent déléguer un kiné. Alors, K2-54*
- *Et lorsque l'on veut travailler l'un et l'autre dans le respect des services et pas de se voir comme concurrentes et se disant que sur les aides et les soins, l'important est de répondre à ce que le patient demande CoS1-176*

#### 1.4.3.5. LES PROFESSIONNELS ÉPROUVENT LE BESOIN D'UN SOUTIEN DANS LEUR MÉTIER

Pour certaines infirmières (groupe 1), savoir que l'on partage des difficultés communes entre les professions rassure. Mais le plus souvent cet échange manque.

Des kinés (solos 1, groupe 2) ont rapporté l'expérience des soins palliatifs pour souligner l'importance d'être soutenu psychologiquement ; ils ont relevé le réconfort qu'il y a, dans ces situations, à être au sein d'un réseau structuré qui permet le dialogue interprofessionnel.

Pour certains MG (1,3), le soutien peut venir des autres acteurs de première ou de seconde ligne. Ils ont besoin d'être compris et/ou rassurés. Des structures formelles peuvent y contribuer (groupe

Balint, équipe de soutien en soins palliatifs). D'autres (1) ont appelé de leurs vœux un soutien dans les situations à caractère social dans lesquelles ils se sentent plus démunis.

Les coordinatrices de soins sont les témoins de l'épuisement des soignants, sans avoir la possibilité d'intervenir sur ces situations (CoS2).

- *Et puis ça permettrait de voir aussi les difficultés de chacun parce qu'on ne soupçonne peut-être pas les difficultés du kiné ou même du médecin traitant. Parfois, on en a ras-le-bol de ce patient-là parce qu'il ne sait que faire. Donc c'est vrai que ça permettrait d'avoir une structure qui rassemblerait tout le monde, même l'aide-familiale peut-être, elle a peut-être des soucis que nous, on ne soupçonne pas. On verra peut-être qu'on est tout seul dans l'embarras I1-213*
- *C'est vrai qu'au niveau des soins palliatifs, c'est intéressant parce que quand on a un patient en fin de vie qui est pris en charge par quelqu'un, ce n'est pas toujours facile à gérer... on a nos sentiments personnels aussi K1-146*
- *Je trouve parfois très agréable de sortir un peu de son cadre d'indépendant, et justement de collaborer avec d'autres personnes. Ça sort un peu du milieu parce que parfois, on est quand même fort seul. Avec ses patients, mais fort seul. Même si on aime ça K1-151*
- *travailler en groupe, c'est une bonne chose. C'est plus facile parfois de déléguer certaines choses plus sociales. Parce que souvent on fait son métier tranquillement. On se dit, je suis médecin, je ne suis pas assistant social. C'est facile de le dire, ça fait du bien aussi. MG1-153*
- *Depuis l'année passée, on a créé un groupe Balint pluridisciplinaire où on se réunit tous les mois, tous les animateurs, on est une dizaine à se réunir... MG3-266*
- *J'ai eu un cas, l'année dernière, tout à fait dramatique avec une jeune qui avait un cancer au niveau cérébral... je n'avais jamais eu un cas de cette gravité-là à gérer quasi seule... ça me faisait tout de même peur... à Delta, j'ai alors été non seulement comprise, j'ai eu une bonne équipe d'infirmières... ils ont un service de garde avec des médecins, vous pouvez leur téléphoner quand vous voulez, et vous avez une réponse très appropriée MG4-274*
- *Mais on a quand même, moi sur mon secteur, j'ai quand même quelques situations très lourdes de ce type-là et on a l'impression, que ce soit le médecin traitant, le kiné, l'infirmière, les aides-familiales, les aide-ménagères, les gardes-malades, elles sont épuisées. Où parfois on est très content qu'une personne nous annonce qu'elle est hospitalisée quelques jours pour souffler un peu. C'est pas normal, mais on est confrontés à ça. C'est l'épuisement des soignants. CoS2-181*

#### 1.4.4. AVEC LES MÉDECINS

##### 1.4.4.1. LE BON FONCTIONNEMENT DES SOINS DÉPEND DE LA BONNE VOLONTÉ ET DE LA COMPÉTENCE DES PRESCRIPTEURS

Le pouvoir des médecins via les prescriptions est évoqué par les infirmières (groupe 2). Pour elles, la qualité de la collaboration avec les médecins est variable. La connaissance de personne à personne et la reconnaissance des compétences mutuelles améliorent la collaboration.

Des kinés (solos 1 groupe 2) ont encore souligné le côté difficile à vivre pour eux de la dépendance vis-à-vis des médecins pour les prescriptions qui limite leur autonomie curative. Certains kinés (3) trouvent médiocre la qualité de l'information clinique transmise sur les prescriptions.

Les coordinateurs de soins (1) se sentent dépendants du médecin dans la décision concernant le patient. C'est en lien avec la responsabilité qu'ils lui confèrent (CoS1). Le médecin n'est pas souvent présent lors de réunions multidisciplinaires ; le temps disponible paraît être la cause, même si des notions de hiérarchie peuvent intervenir. Cela varie d'un médecin à l'autre (CoS2).

- *Il y en a qui sont très ouverts, qui répondent aux questions, etc.... mais il y en a quand même qui ne sont pas du tout pour prescrire de la kiné. D'un médecin à l'autre, je vois ça à l'hôpital, on est parfois sujet au bon vouloir de certains médecins K1-34*

- *La personne n'a plus sa place à la maison et on a le médecin qui ne nous suit pas nécessairement CoS1-28*
- *Ca dépend des médecins. Il y en a qui sont vraiment très collaborants, qui comprennent notre fonctionnement, le but de notre existence, en gros, qui savent pourquoi on est là et qui veulent nous aider, il y en a d'autres (...) c'est chaque fois difficile quand le médecin traitant n'est pas collaborant. Malheureusement, ça arrive encore. CoS2-160*

#### 1.4.4.2. LES MÉDECINS ONT UNE APTITUDE LIMITÉE AU DIALOGUE INTERPROFESSIONNEL

Des infirmières (groupe 2) regrettent le manque de contact avec les médecins, tant pendant la phase de collaboration pour un soin qu'après, pour avoir des informations sur le devenir des patients. Elles se sentent dévalorisées par cette attitude.

Des kinés (solos 1, groupe 2) ont signalé leurs difficultés de relation avec certains médecins, en raison d'une hiérarchie non dite mais bien présente. Or cette limitation au dialogue est vécue comme un obstacle à la qualité des soins. D'autres (3) ont exprimé que derrière la difficulté de communication des médecins, il a parfois une bonne volonté et un intérêt caché.

Du côté des MG, certains trouvent leurs capacités de communication insuffisantes. Le médecin apparaît dans une position où on lui doit l'information, mais pas où il doit être à son origine (solos 2). D'autres (solos 3) sont conscients de cet état de choses, mais ne le défendent pas. Des MG (1,3) se sont déclarés ouverts à la communication et aux offres de rencontre provenant des paramédicaux.

Les coordinateurs de soins (1,2) et les CoAF évoquent des difficultés relationnelles avec certains médecins. Le médecin se limite de moins en moins à son rayon d'action personnel, médical, et est peu sensible à la problématique sociale (CoS2).

- *Le médecin, c'est effectivement le principal absent pour des raisons X, bonnes ou mauvaises, mais je crois que les gens se disent tout va bien, on va entendre que tout va bien, on ne va pas se déplacer, on ne va pas perdre son temps une heure I2-176*
- *Le problème, c'est dans la mentalité des médecins, je crois qu'ils ne nous considèrent pas tous comme des grands kinés. En général, il y a les kinés et il y a les médecins K1-71*
- *Je crois que de notre point de vue également, c'est le manque de relation au niveau médecin-kiné. Le manque flagrant parce que c'est vrai qu'ils nous considèrent assez mal pour la plupart. .... K2-163*
- *Parfois, je t'assure, quand il y a un retour, ils aiment bien. Je crois que ... C'est bien, parfois un peu bourru, mais c'est bien vu. K3-182*
- *Le médecin qui veut absolument tout décider, et qui ne tient pas du tout compte de l'infirmière, ça peut arriver aussi, au détriment de la qualité des soins MG3-56*
- *Si on a une bonne relation avec, par exemple parfois pour des ulcères ou des choses comme ça, moi, je demande l'avis à l'infirmier qui me dit, fais ça. MG1-178*
- *La réunion est parfois provoquée par n'importe lequel des intervenants, ce n'est pas nécessairement le médecin qui précise, ça peut être l'infirmière ou même le garde-malade qui provoque une réunion MG3-293*
- *Mais les médecins ferment la porte CoS1-33 Ca dépend quels médecins CoS1-70*
- *Et quand nous, on essaye de donner un avis et qu'on n'a pas l'accord du médecin traitant ou qu'on n'arrive pas à le joindre, qu'il n'est pas là pour la réunion de coordination, alors là, ça devient vraiment difficile parce que le médecin traitant est un pilier dans leur situation parce qu'il connaît la famille et que nous, on n'a pas suivi la famille depuis 15 ans, donc c'est chaque fois difficile quand le médecin traitant n'est pas collaborant. CoS2-160*
- *que la famille m'interpelle pour le malade ou que le malade m'interpelle, d'accord, mais vous, coordinatrice qui gravitez autour, vous n'avez pas à m'interpeller. C'est le genre de relation qu'on ne connaît quasi plus avec les médecins traitants. mais il y a quand même une fameuse ouverture en quinze années de la part des médecins généralistes. (...) Par rapport à avant, certains m'ont déjà raccroché au nez. CoS2-162*

#### 1.4.4.3. LES RAPPORTS AVEC LES MÉDECINS SONT TROP MARQUÉS PAR LA HIÉRARCHIE

Des infirmières (groupe 2) se sont plaintes de l'attitude autoritaire de certains médecins, surtout si elles se jugent plus compétentes dans un soin particulier. A contrario, l'exemple des maisons médicales est cité comme un modèle de relations non hiérarchisées et plus constructives.

Des kinés (solos 1) vivent également mal l'attitude condescendante de certains médecins, qui limite les possibilités de dialogue. D'autres kinés (3) vivent mal l'exclusivité du diagnostic que les médecins veulent garder, alors qu'ils n'en ont souvent pas la compétence pour les soins qu'ils prescrivent. Ils dénoncent la formation médicale, tant pour ce manque de compétence diagnostique que pour avoir fait croire aux médecins qu'ils étaient les seuls compétents.

Des MG (solos 3) regrettent parfois l'absence de suivi des directives de soins.

Les CoAF pointent une difficulté quand les AF, outrepassant leurs compétences, suivent aveuglément les directives des médecins.

Les relations entre les médecins et les autres intervenants tendent à être de moins en moins marquées par la hiérarchie. Il est encore nécessaire de faire parfois preuve de diplomatie pour les interpellier (CoS2).

- *On saura peut-être mieux qu'un médecin qui travaille depuis autant d'années qui n'a pas l'habitude de faire les pansements, mais il ne veut rien entendre, il fera quand même à sa manière* I2-111
- *[En maison médicale] je n'ai pas le statut de médecin au dessus de ma tête qui me dit telle chose. « Il y a un soin, tu y vas, tu me dis ce que je prescris après... » Facile de me permettre de dire « je pense que ce traitement-là n'est pas spécialement bien adapté parce que... »* I2-199
- *Il faut souvent aller en zigzagant pour pouvoir dire qu'on a peut-être pensé que ce serait bien que le patient fasse un tel ou un tel examen* K1-81
- *en numéro un, au point de départ à l'enseignement des médecins à l'université. Arrêter de leur dire qu'ils sont les meilleurs, les plus forts, que c'est eux qui ont droit au diagnostic, et voilà, c'est de là que ça vient parce qu'ils sortent avec le cou comme ça... Au point de vue du diagnostic, c'est moi. Et je crois qu'on leur a mis ça dans la tête dès le départ.* K3-166
- *Le personnel infirmier qui n'écoute pas ce qu'on lui raconte...* MG3-56
- *La parole du médecin ça vaut tout, donc les aides familiales sans se poser de question mettaient les patches [de morphine]* CoAF-80
- *C'est ça, il faut prendre le versant humble et de se dire « je vous contacte parce que voilà, j'aimerais avoir des renseignements..., je ne sais pas ». Quand on lui demande son avis, je vais dire, c'est un peu méchant, mais il faut le frotter dans le sens du poil pour avoir.... Il ne faut pas lui dire « voilà, vous devez venir, alors là, ça n'ira pas. »* CoS2-164

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

Certains MG éprouvent de la difficulté à travailler avec d'autres intervenants, à trouver leur place au niveau décisionnel. Cependant plusieurs évoquent l'importance du travail pluridisciplinaire, de la valeur ajoutée pour le patient nécessitant l'intervention de nombreux soignants différents. Ils reconnaissent aussi que travailler à plusieurs permet d'alléger les interventions et de trouver parfois une aide. Ils se plaignent d'un manque de reconnaissance de la part des spécialistes.

Les kinés évoquent essentiellement leurs relations difficiles avec les médecins ; ils parlent peu des autres intervenants. Certains sont nuancés et créent patiemment une relation de confiance mais d'autres sont beaucoup plus catégoriques. Le manque de connaissance de leur profession leur semble un écueil à la bonne relation. Les médecins devraient être formés au travail en équipe.

Les infirmières évoquent surtout des remarques désobligeantes et des conflits avec les autres intervenants. Elles reconnaissent l'importance du dialogue entre intervenants lors de la mise en place d'un traitement. Elles acceptent la hiérarchie vis-à-vis du médecin mais se sentent parfois peu reconnues dans leurs compétences propres.



Le discours des aides-familiales est très positif. Elles essaient de favoriser la collaboration et estiment que cela fait partie de leur fonction. Elles ne s'attardent pas aux mauvaises expériences. Les aides-familiales essaient de susciter la collaboration et la bonne entente entre les intervenants. Les coordinatrices d'aides-familiales vivent les tensions entre professionnels. Elles expriment qu'il s'agit de leur mission d'accorder les différents intervenants. Elles reconnaissent l'autorité du médecin et s'appuient sur lui pour les décisions.

### Réflexion

La culture du travail en pluridisciplinarité s'installe progressivement. Tous les professionnels en admettent l'intérêt et observent une évolution favorable, surtout liée à un changement de mentalité dans le corps médical. La méconnaissance de l'autre et de ses compétences spécifiques mais également la persistance d'un modèle hiérarchisé sont autant d'obstacles encore bien présents. Réussir le décloisonnement des activités de prestataires indépendants n'est pas chose aisée, les SISD ont éventuellement divers rôles à jouer. Il est interpellant de constater que la concertation multidisciplinaire est très peu citée au cours des débats. Seules les coordinatrices parlent de réunions de coordination auxquelles les médecins sont souvent absents...

## 1.5. PÔLE ORGANISATIONNEL

### 1.5.1. LE PATIENT

#### 1.5.1.1. L'ENTOURAGE EST SOLlicitÉ POUR L'AIDE AUX SOINS

Pour les infirmières travaillant en groupe (2), l'entourage est utile comme relais de soins dans l'urgence.

Pour les CoAF, la prise en charge n'est souvent possible qu'avec l'aide d'un relais dans l'entourage du patient.

Les coordinatrices de soins ont cité des cas où la famille complexifie la situation avec des exigences trop importantes. Mais l'absence de famille rend également les patients plus dépendants, et donc plus exigeants (CoS2).

- *Quand ils sortent de l'hôpital, on ne sait vraiment pas faire autrement, on n'a pas le choix... je n'ai peut-être pas bien fait hier, mais moi, par urgence, j'ai demandé au fils de Madame pour avoir certaines choses I2-209*
- *J'ai dit non, on ne va pas prendre en charge sans avoir aucun relais et assurer à nous seuls services une aide 24H/24 auprès d'une personne. Ce n'est pas possible si on n'a pas un relais CoAF-150*
- *Il y a aussi tout l'aspect au niveau du patient et de la famille, où de plus en plus, les personnes sont isolées, sans famille, ou avec de la famille sans relation, une rupture ou des choses telles que celles-là, tant et si bien que ces personnes veulent rester absolument chez elles, mais exigent tel service à domicile et de soins, une présence qui compense peut-être la présence de la famille CoS2-23*

#### 1.5.1.2. LES OBJECTIFS DES SOIGNANTS DEVRAIENT ÊTRE COMMUNS

Pour le bien du patient, les objectifs des différents intervenants devraient être connus de tous les intervenants. Entre les travailleurs de même profession, ce sont les standards de soins qui doivent être communs. Entre différentes professions, ce sont les objectifs de soins qui doivent être communs. Quand les objectifs de soins ne sont pas bien définis pour une situation donnée, les infirmier(e)s s'interrogent sur leur rôle (Infirmières en groupe 1, CoAF).

Les kinés travaillant en groupe ont cité la définition préalable d'objectifs et la répartition des tâches comme un critère de qualité des soins. Les kinés (3) ont insisté sur la congruence d'objectifs tant avec les médecins traitants qu'avec d'autres kinés de centres spécialisés qui voient les mêmes patients.

Les MG (solos 2) sont au carrefour de la coordination avec les soins hospitaliers et les autres acteurs du secteur ambulatoire. Ils ne sont pas toujours en mesure de remplir le rôle dévolu à cette place centrale.

Pour atteindre cette importante communauté d'objectifs, il est nécessaire que les prestataires se rencontrent (CoS2).

- *Oui, s'ils vont dans la même direction, ça va. J'ai eu le cas avec un patient il y a pas longtemps (...) Ça partait un peu dans tous les sens et le mec ne savait plus quoi penser de la maladie de sa femme parce qu'il y a un qui disait un truc, l'autre disait autre chose et à la limite, on se rendait compte que tous les intervenants auprès de cette personne déchargeaient leur rage à la limite sur les autres intervenants parce qu'eux-mêmes étaient un peu débordés dans leur propre profession. I1-184*
- *il fallait assurer des soins quotidiens, voire deux fois par jour. Avant de commencer ce traitement-là, on a eu notre réunion, on s'est tous mis d'accord, que ce soit avec le médecin, que ce soit avec l'infirmière, nous deux. Avant de partir, on avait notre voie tracée, on savait vers quoi on allait et comment on allait faire. Et ça, je pense, ça a été une des clés de la réussite du traitement K2-200*
- *J'ai ce sentiment lorsque j'ai la conviction que l'ensemble des intervenants dans un problème de santé, le patient, le médecin généraliste et les autres intervenants, médecins spécialistes, hôpital ou autres, avons une concertation suffisante pour vous être tous compris et travailler dans un objectif commun. MG2-11*
- *quand ça se passe mal parce que les gens s'obstinent à aller dans une direction, que tout le monde ne va pas dans la même, ou que dans une situation on a une voisine qui nous met des bâtons dans les roues, donc on n'arrive pas à atteindre nos objectifs et le maintien à domicile est parfois remis en question, et on est tous insatisfaits CoAF-110*
- *c'est vrai que parfois, quand on est aux réunions, c'est à ce moment-là qu'on a des informations qui sont transmises par un prestataire ou l'autre, que le prestataire ne pensait pas essentielles à donner, et qui, en fin de compte, lui permettent de résoudre un problème et d'avoir une autre vision de la situation. C'est pour ça que c'est important que tous les prestataires soient là parce qu'on discute aussi de certaines choses, de certains projets, on se pose des objectifs. CoS2-161*

#### 1.5.1.3. DES SOINS GLOBAUX NÉCESSITENT DES COMPÉTENCES MULTIPLES

Dans le suivi de cas complexes et de maintien à domicile des patients, des infirmières (groupe 2) ont pointé la nécessaire collaboration, non seulement entre professionnels, mais aussi avec l'entourage familial ou proche du patient.

Des MG (solos 3,4) ont rapporté leurs expériences de collaboration multidisciplinaires variées : de façon courante pour les cas bénins, au niveau hospitalier pour des pathologies graves ou cancéreuses, avec le réseau social pour les personnes vieillissantes, dans les soins palliatifs, en supervision psychologique (groupe Balint). La qualité de ces collaborations est variable.

- *Ça ne peut pas être qu'une infirmière ou qu'un service d'infirmier pour s'occuper de la personne, c'est plusieurs choses... Les aides familiales, les kinés, les médecins, les bénévoles parfois. Oui, même ... amis, famille, les médecins I2-228*
- *Ça peut être les administrateurs de biens aussi, [pour] des gens qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, qui ne savent plus se prendre en charge, etc. et parfois, pour obtenir certaines choses, on va être obligés de communiquer avec eux. Ce ne sont pas des soignants, mais... I2-229*



- *Moi, j'ai déjà eu des réunions avec des avocats, ça change un peu. Des gestionnaires de biens chez une patiente démente pour essayer d'arranger un petit peu les histoires, de voir un petit peu si on ne doit pas s'orienter vers un placement en fonction de l'état de santé* MG3-307

## 1.5.2. DANS MA PROFESSION

### 1.5.2.1. LE TEMPS DE COMMUNICATION EST INSUFFISANT

Cet aspect est problématique pour les infirmières travaillant en groupe (1,2) et les CoAF.

Les MG (solos 2) ont peu abordé cet aspect pour leur propre profession.

- *On prend un temps fou à se téléphoner alors que si on se rencontrait on pourrait parler de beaucoup de choses. Et quand on se rencontre, il y a tellement d'informations à faire passer et de choses à gérer, que le temps de parole pour parler des problèmes, ben il est très court* CoAF-28

### 1.5.2.2. UN LIEU POUR LA COORDINATION EST NÉCESSAIRE

Certains MG (solos 2) pensent aux maisons médicales comme lieu idéal de concertation. D'autres (solos 4) ont cité le lieu physique de coordination, de travail commun, comme un idéal difficile à atteindre en raison du temps et de l'investissement personnel qui leur serait demandé.

- *Tiens je serais dans une maison médicale, ce serait chouette effectivement d'avoir mes confrères avec moi, d'avoir le kiné etc. (...) Qu'on ait une structure où entre médecins on se retrouve, là, je pense que c'est vrai, ça doit être très, très riche* MG2-172

### 1.5.2.3. IMPORTANCE D'UNE PERSONNE COORDONNANT LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Certaines organisations de soins à domicile disposent d'une coordinatrice, dont l'importance est soulignée par certaines infirmières (groupe 2), lors de sorties d'hôpitaux, de rotation d'infirmières dans un même soin.

Des MG (solos 2) ont parlé de la coordination intra-professionnelle en termes de garde. D'autres (solos 3) ont souligné l'importance de la féminisation de leur profession quant à son organisation pratique. Enfin, certains (solos 4) ont cité la fonction d'accueillante dans un poste de garde rural dans ce rôle.

- *Six femmes, ... Elles ont amenés énormément de pragmatisme et énormément d'organisation, par exemple, dans les gardes du soir* MG3-59

### 1.5.2.4. IL EST NÉCESSAIRE DE CONNAÎTRE LES SPÉCIFICITÉS ET COMPÉTENCES DE CHACUN

La multiplicité des spécialités en kiné rend l'orientation du patient parfois problématique. Certains (solos 1) souhaiteraient un peu plus d'ordre, un répertoire, surtout en milieu urbain.

Des MG (solos 3) ont souligné l'importance de la congruence des façons de travailler si on envisage une pratique de groupe. D'autres (solos 4) ont cité la vision plus globale qui résulte des regards croisés de plusieurs thérapeutes.

Des formations identiques peuvent conduire à des métiers différents sur le terrain (CoAF).

La prise en charge globale de la situation nécessite une connaissance de tous les aspects des professions engagées auprès du patient (CoS2).

- *Au départ elles ont toutes la même formation, elles sont toutes auxiliaires polyvalentes, les garde-malades et les aides-familiales. Mais elles ne font pas du tout la même chose à*

*domicile, les objectifs ne sont pas du tout les mêmes, elles n'effectuent pas les mêmes tâches CoAF-91*

- je pense que la coordinatrice a aussi un peu, dans sa manière de réfléchir, elle voit les choses dans un esprit de globalité que les autres intervenants n'ont pas particulièrement parce qu'ils sont tous spécialisés dans leur domaine particulier et nous, parfois, rien qu'en en discutant, on va penser à d'autres choses auxquelles le médecin ou l'infirmière ou l'aide-soignante n'aurait peut-être pas pensé parce qu'elle est dans son truc bien particulier CoS2-106*

#### 1.5.2.5. LA COORDINATION FAIT APPEL À DES OUTILS SPÉCIFIQUES

Des MG (solos 4) ont cité plusieurs outils de communication : du numéro d'appel unique pour les gardes au serveur informatique accessible de « partout ». Le téléphone classique reste cependant encore incontournable.

Les CoAF qui travaillent dans de grosses structures bénéficient d'un support communicationnel structuré.

- On est quand même bien outillé au niveau informatique, elles reçoivent leur horaire avec toutes les infos clefs sur les gens et même si nous on n'est pas là physiquement et qu'elles ont des questions elles peuvent téléphoner au call center CoAF-64*

#### 1.5.2.6. MANQUE DE TEMPS POUR L'AMÉLIORATION CONTINUE DU SERVICE (FORMATION CONTINUE, MISE EN APPLICATION)

Les CoAF manquent de temps pour mettre en pratique les contenus de formation continue.

- On nous donne des outils et on n'a pas le temps de les appliquer CoAF-29*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

En général les professionnels parlent peu de l'organisation avec des soignants de leur profession. Les infirmières et les aides-familiales s'organisent lorsqu'elles remplacent une collègue, dans leur tournée. Les MG évoquent surtout les gardes.

### 1.5.3. AVEC D'AUTRES PROFESSIONS

#### 1.5.3.1. LE TEMPS DE COMMUNICATION POSE PROBLÈME (EN TROP OU PAS ASSEZ)

La rareté du temps dédié à la communication est à mettre en rapport avec la surcharge de travail citée par ailleurs (infirmières groupe 1,2).

Pour les MG de façon assez unanime (1,2,3,4), le temps des réunions de concertation est pris sur le temps de travail et participe donc à la surcharge. En général, ils évitent donc ce genre de réunions.

Les coordinateurs de soins (CoS1) et les CoAF ont mentionné le manque de temps tant chez les soignants que chez eux-mêmes pour communiquer. La perception de la nécessité de se réunir pour se coordonner varie selon les professions et les personnes. Il faut pouvoir aussi se parler et communiquer en dehors de moments de « crise » (CoS2).

- Je crois en fait que tout est dans la communication et c'est le manque de temps, et si chaque intervenant pouvait se rencontrer, je ne sais pas, moi, une fois tous les quinze jours, mais prendre le temps, avoir un temps de réunion pour ça, il y a peut-être beaucoup de choses qui pourraient s'améliorer I2-303*
- C'est vrai qu'on se rencontre peu en dehors d'un mot que j'envoie et d'un coup de téléphone de temps en temps que je reçois. C'est quand même relativement pauvre, et ça, je trouve que c'est un peu dommage. MG2-172*
- Dans des situations comme une maison médicale, c'est quand qu'on va se retrouver, c'est peut-être pas un samedi, c'est peut-être pas un dimanche où on va avoir une concertation*

*générale, où on va voir ce genre de travail que j'estime être en plus de l'activité. Moi, je vais dire que je n'ai pas envie d'avoir ce genre de situation MG2-249*

- *On ne prend pas assez le temps de réunir les personnes, et eux, ils ne prennent pas assez le temps de se parler non plus. Le temps, le temps CoS1-224*
- *Ca a pu m'arriver, moi, de contacter l'infirmière qui était en place à domicile mais ça prend un temps fou alors si j'ai la journée qui me le permet, je le fais CoS1-137*
- *Sachant qu'on n'arrive pas toujours à avoir les personnes au tour de la table et ça donne des difficultés parce que justement, nous, on estime, en tant que coordinateurs, on a besoin de ces réunions-là, je vais dire on s'arrête un moment, parce qu'on court tout le temps, pour parler du patient, de ce qu'on vit, que ça va bien ou mal parce que généralement, on fait quand ça ne va pas bien, mais il faut aussi voir quand ça va bien, et faire, ce que l'on appelle, une évaluation, mais il va falloir voir aussi avec les autres intervenants, certaines personnes trouvent les réunions inutiles parce que c'est « du temps perdu ». CoS2-54*
- *Rien que pour trouver un moment pour se rencontrer autour d'un patient, c'est une catastrophe. On n'arrive jamais à réunir tout le monde, on n'arrive pas en même temps, on doit annuler, on reporte et ces réunions ont souvent leur raison d'être et sont importantes et on n'arrive pas à mettre des choses en place à cause de ça CoAF-7*

#### 1.5.3.2. LE TEMPS DE COORDINATION N'EST PAS (SUFFISAMMENT) RÉTRIBUÉ

Des infirmières (groupe 2) ont pointé les limitations du financement des réunions pluridisciplinaires telles qu'elles existent actuellement : limitation du nombre par an, limitation des prestataires qui sont rétribués (prestataires INAMI), alors que l'avis de tous est précieux dans la collaboration. Il a aussi été dit que ce financement actuel pouvait être considéré comme une rentrée financière pour les associations, même en l'absence de nécessité. Selon des infirmières, dans les maisons médicales, le temps de coordination fait partie intégrante du fonctionnement des structures, mais n'est pas financé comme tel. Pour certaines (groupe 1), les autres professions ont un attrait financier (plus ou moins bien considéré) pour la coordination inter-professionnelle.

Des kinés (groupe 2) trouveraient juste et nécessaire d'être rétribués pour des rencontres pluridisciplinaires au chevet des patients, par exemple via un n° de nomenclature, pour obtenir une rétribution équivalente à celle des soins curatifs. À part dans les maisons médicales, peu semblent savoir que cette possibilité existe. Dans le groupe des kinés (3), cette possibilité était également connue.

Des MG (1,2) ont regretté le manque de financement spécifique pour la coordination qui, pourtant, aide à en faire comprendre l'importance. Des MG (solos 3) ont signalé la création, il y a 25 ans, d'une expérience de coordination de soins autofinancée.

Les coordinateurs de soins (1) ont déclaré que la rémunération des soignants pour des moments de coordination est légitime et que cela encourage la participation des soignants.

- *Il peut y en avoir mais c'est maximum, je crois que c'est deux par an ou trois par an par personne, enfin par patient I2-186*
- *je pense qu'on pourrait imaginer d'avoir des réunions rémunérées parce que ... pourquoi les gens ne viennent pas. Peut-être que si on payait K2-205*
- *c'est très difficile de rassembler plusieurs indépendants au chevet d'un patient. C'est l'assistant social ou le psychologue qui va organiser ça à partir de la structure « maintien à domicile », par exemple ; il va téléphoner à tout le monde, vous avez déjà des rendez-vous, vous n'allez pas décommander trois rendez-vous pour aller parler une demi-heure là-bas parce qu'il y a encore le trajet K2-217*
- *Moi, je fais parfois des réunions de coordination demandées par une assistante sociale, pour certains patients en difficulté, et j'ai été agréablement surpris d'être payé pour ça. K3-120*
- *Moi, je pense que quand on met de l'argent dans quelque chose, on le reconnaît effectivement comme important MG1-210*

- *Ca coïncide parce que je n'ai pas une énorme clientèle, mais je travaille bien, je gagne bien ma vie, mais je ne suis pas non plus riche et tout ce que je dois faire en plus, je le fais sur le temps libre. MG2-293*
- *je me dis pourquoi est-ce que tout le monde n'aurait pas droit à quatre réunions rémunérées. CoS1-55*

#### 1.5.3.3. LA DISPONIBILITÉ HORAIRE DES DIFFÉRENTS SOIGNANTS EST DIFFÉRENTE

Pour les infirmières (groupe 2), le problème se pose lors des sorties d'hôpital en début de week-end, alors que tous les prestataires et services sont en mode de travail réduit. L'hôpital n'a pas les mêmes horaires et/ou ne connaît pas les horaires des infirmières du terrain. Il est parfois difficile de se coordonner dans la même journée entre tous les intervenants auprès d'un patient (groupe 1)

Des MG (solos 3) ont signalé des difficultés d'horaire avec des spécialistes hospitaliers.

Les coordinateurs de soins (CoS1) et les CoAF éprouvent beaucoup de difficultés pour réunir plusieurs professionnels. Les impératifs horaires de chaque prestataires sont différents et rendent difficiles les réunions d'intervenants mais aussi l'intervention coordonnée auprès d'un même patient. L'hôpital ne semble pas respecter ou connaître les horaires des intervenants du domicile (CoS2).

- *On n'a pas le dosage, on n'a rien du tout, donc on se retrouve le soir à téléphoner à l'hôpital, le médecin traitant ne sait pas le dosage non plus, donc si c'est un vendredi soir ou un samedi, alors là, pour trouver quelqu'un, c'est très « agréable » I2-63*
- *une réunion de concertation .... La seule chose, c'est que ça demande vraiment beaucoup de temps et vraiment de disponibilités pour rassembler autour du patient ses prestataires à un endroit, à une heure bien déterminée et qui convienne à tout le monde. CoS1-52*
- *mais l'aide-familiale va te dire, elle travaille un tel jour, si tu mets les heures, ça ne va pas parce qu'elle a des toilettes. Pas plus tard parce qu'elle aura terminé sa journée, donc, des fois, on est dans des contraintes telles.... On se dit « on n'y arrivera jamais ». Soit on n'y arrive pas, on n'a pas la réunion CoS2-102*

#### Réflexion

La législation relative à la concertation multidisciplinaire est en cause : peu connue, méconnue, diversement appréciée. Le rôle des SISD dans la gestion des concertations multidisciplinaires et dans la diffusion du concept semble primordial.

#### 1.5.3.4. UN LIEU POUR LA COORDINATION EST NÉCESSAIRE

Des infirmières (groupe 2) ont cité l'exemple des maisons médicales comme lieu de coordination.

Certains kinés (3) ont cité des « genres de maisons pluridisciplinaires ».

L'expérience de coordination autofinancée signalée par les MG (solos 3) a été installée dans un bâtiment dédié à cet usage.

Les grosses structures de soins permettent des échanges informels entre prestataires lors des rencontres dans le bâtiment (CoAF).

Il est parfois suffisant qu'une personne centralise et réfléchisse à l'ensemble des données disponibles sur une situation pour que des solutions émergent. Un endroit de coordination permet toutefois de rassembler facilement plusieurs intervenants, d'autant plus facilement que cela est (proche de) leur lieu de travail. Un moment de réunion permet d'enrichir la perception de chaque travailleur et peut débloquer certaines situations. Ce temps « physique » de réunion permet cela (CoAs2).

- *Avec justement les infirmiers, vu qu'on n'a pas de réunion avec eux, et qu'ils passent très souvent au bureau pour chercher du matériel... c'est comme ça qu'on arrive à communiquer avec eux CoAF-112*
- *Je pense que le fait de travailler en interne, ça permet peut-être même tout simplement que rien qu'en se croisant dans le couloir, on va penser à se dire deux mots sur un patient, ... Je pense aussi les autres démarches, on arrive au bureau où on est avec les assistantes sociales du service d'aide-familiales, on est avec le chef de service infirmier, une fois par mois, on se croise, on parle...c'est une autre démarche que d'arriver et de devoir décrocher, penser à décrocher le téléphone pour contacter tous les autres prestataires qui, eux, ne sont pas dans le même bureau que nous. CoS2-189*

### Réflexion

Les débats apportent un élément à prendre en considération surtout pour les prestataires indépendants : le besoin ressenti d'un « lieu de coordination » où se rencontreraient les différents intervenants de manière formelle ou encore informelle. Des initiatives concrètes ne pourraient-elles trouver un incitant local ou un soutien centralisé par les SISD ?

#### **1.5.3.5. LA CONNAISSANCE DES COMPÉTENCES DES AUTRES PROFESSIONS EST NÉCESSAIRE**

Des infirmières (groupe 2) ont exprimé le souhait de la reconnaissance de leur compétence particulière pour des actions et des moments précis du processus de soins.

Des kinés (groupe 2) ont parlé de la dévalorisation qu'ils ressentent quand ils ont l'impression de n'être utilisés que quand les médecins ne savent plus gérer les pathologies avec des médicaments.

Pour les MG, la profession de pharmacien est assez méconnue et pas toujours appréciée (solos 2). D'autres MG (solos 3) ont relevé des difficultés lors du choix par le patient de prestataires de soins paramédicaux appartenant à de grosses structures intégrées, étrangers à la région et avec lesquels ils n'avaient aucune relation professionnelle antérieure. Connaître les spécificités de pratique des kinés ou des infirmières leur permettrait de mieux orienter les patients dans leur choix de prestataires.

Les coordinateurs de soins observent que les différents soignants gagneraient à connaître la profession des autres, à se mettre dans leur logique de fonctionnement (CoS1). La communication en dehors des moments de crise est une nécessité que peu de professions en dehors de la coordination de soins reconnaissent comme importante. Le travail de la coordination de soin s'en trouve complexifié. Comme la coordination de soins n'intervient qu'à travers d'autres professions au contact direct avec le patient, et est chargée de coordonner leurs actions, la connaissance des autres professions est indispensable. Les coordinatrices de soins sont parfois le dernier rempart organisationnel chargé de trouver les solutions miracles (CoAs2).

Les tâches ne sont pas toujours effectuées par ceux qui en ont la compétence. Les priorités des uns et des autres peuvent différer. Certains demandent des choses aux personnes inadéquates (CoAF).

- *Quand ça a été une grosse hospitalisation et qu'on sait que les patients vont sortir, l'idéal ce serait quand même ... que ce soit une infirmière qui vienne voir le patient et qui sache de quoi on parle quand on voit certains produits de soins, des techniques, etc. I2-61*
- *Quand les anti-inflammatoires ne marchent plus, vous allez voir le kiné K2-60*
- *J'ai effectivement le sentiment qu'il y a toute une prise en charge des soins qui se font en pharmacie, et je ne critique pas le fait que le pharmacien doit gagner sa vie, qu'il peut effectivement parfois rendre de très bons services, mais je n'ai pas le sentiment qu'il y a une intégration de tout ça MG2-180*
- *C'est surtout avec la CSD, ils prennent infirmiers, kinés, etc. Nous, on n'a plus le choix du kiné et souvent, à ce moment-là, on se retrouve avec des kinés qui ne sont pas de la région, qu'on ne connaît pas ... MG3-140*

- *Ce n'est pas toujours évident de se mettre dans la logique de l'autre, dans le métier de l'autre ... la méconnaissance de l'autre, de sa réglementation, de son travail, de sa méthodologie, ... CoS1-210*
- *S'il y a une petite difficulté, on va essayer de le régler nous. Donc, on attend toujours « la dernière minute » avant d'interpeller la coordinatrice. Quand on interpelle la coordinatrice, c'est qu'eux ont essayé d'autres choses, qu'ils n'y arrivent pas. « On a un sauveur », on croit qu'on a les remèdes pour la.... Le système D, tout à fait comme si on allait avoir d'autres solutions et des fois, on nous demande l'impossible, c'est de trouver des solutions là où les autres n'auraient pas trouvé. Et ils sont persuadés qu'on va y arriver. CoS2-63*
- *Parce qu'on se rend compte que la voisine s'occupe de quelque chose dont les aides-familiales devraient s'occuper, que l'infirmière fait juste ce qu'elle doit faire et que les aides-familiales font des tâches que l'infirmière devrait faire... souvent les tâches ne sont pas bien réparties selon les différents acteurs CoAF-49*
- *ils [les administrateurs de biens] ne connaissent pas toujours bien le rôle des aides-familiales et des différents intervenants. Ils nous demandent parfois des choses ou alors ils ont l'air complètement effarés qu'on ne puisse pas demander à une aide-familiale telle ou telle tâche CoAF-89*

#### 1.5.3.6. LA CONNAISSANCE DU FONCTIONNEMENT (ORGANISATION DU TRAVAIL) DES AUTRES PROFESSIONS EST NÉCESSAIRE (Y COMPRIS DE LA PART DES PATIENTS)

Le patient ne connaît pas très bien les démarches pratiques nécessaires à la sortie de l'hôpital. Ce dernier n'aide pas pour l'informer davantage. Le fonctionnement de l'hôpital en terme de « sortie de patient » est peu connu car fort variable en qualité suivant les situations, au sein du même hôpital (infirmières groupe 1).

Des MG (solos 3) ont pointé du doigt les hôpitaux qui font sortir au début du week-end des patients demandant des soins, alors que le réseau ambulatoire est le plus difficile à mobiliser à ce moment-là.

La répartition des tâches doit être bien expliquée au patient afin qu'il s'adresse à la bonne personne pour un service déterminé. Quelquefois, il est important de préciser cela aussi avec les soignants. Différents services (du domicile et de l'hôpital) fonctionnent sur des bases organisationnelles différentes qu'il est important de connaître pour assurer la jonction entre tous, du mieux possible (CoS2).

- *Il sort le samedi avec un traitement qui n'est pas disponible en pharmacie, et que le pharmacien va devoir passer quatre heures pour trouver MG3-136*
- *La connaissance de l'autre, c'est important, et des services aussi. Les services évoluent et changent. Nous, on doit aussi évoluer. Au niveau des informations, on doit toujours être à la pointe de l'information pour toujours savoir à qui s'adresser et comment. Des fois, il y a des exceptions d'un service à un autre... On va devoir toujours se tenir au courant des dernières nouveautés, ce n'est pas toujours évident... CoS2-136*

#### 1.5.3.7. IMPORTANCE D'UNE PERSONNE COORDONNANT LES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

La coordination est une nouvelle fonction. Elle amène un plus dans les soins, au prix d'un investissement conséquent, et parfois de stress.

Pour les infirmières (groupe 2), le rôle d'une coordinatrice interprofessionnelle est fondamental. Il est toutefois nécessaire que cette personne connaisse parfaitement les contraintes professionnelles et organisationnelles des gens qu'elle coordonne. Il existe plusieurs exemples positifs où une personne a pris le temps de coordonner les différents intervenants dans une même situation. Ce rôle de personne relais est apprécié des infirmières ; cela soulage et facilite leur travail (groupe 1).

Certains MG (1) sont clairement en faveur d'une délégation de la tâche de coordination à des personnes dont c'est le métier ; ils n'ont ni le temps ni l'envie de réaliser ce travail. D'autres (solos 2) sont partagés entre l'envie de garder le rôle de coordinateur « naturel » du MG et la charge de travail que cela représente ; une aide administrative est donc nécessaire. Certains enfin (solos 3) ont souhaité que, dans les soins infirmiers notamment, une coordination ait lieu entre les infirmières prestant des soins chez un même patient. Parmi eux, ceux qui ont une longue expérience de soins coordonnés ont rapporté leur satisfaction par rapport à la circulation de l'information, entre autre grâce au professionnalisme des deux assistantes sociales coordinatrices.

Les coordinateurs de soins (CoS1) sont conscients de l'importance de leur rôle pour le bon fonctionnement de l'équipe soignante. Ils ont également souligné leurs bonnes relations avec les patients. Ils ont exprimé qu'ils arrivaient en remplacement des médecins qui assuraient autrefois cette fonction. Ils en parlent abondamment. Ils situent leur fonction surtout dans la communication et l'information, en mentionnant leurs limites de connaissances. Le regard extérieur qu'ils portent sur l'équipe soignante est vécu tantôt comme un avantage, tantôt comme un inconvénient (CoS1). La coordinatrice de soins paraît désignée pour jouer ce rôle de coordination : centralisation des infos, interpellation des intervenants, gestion des agendas des différents professionnels, répartition des interventions, veiller à l'équilibre au sein des intervenants, gestion et circulation de l'information ... (CoS2).

Les CoAF parlent également abondamment de la fonction de coordination pour faire circuler l'information, organiser la collaboration, éviter les redondances.

- *Si on envoie un patient à l'hôpital, on peut aussi téléphoner à cette dame qui fait repasser l'information dans le service pour les médecins, pour les infirmiers, mais il faut vraiment connaître l'existence de ce service, sinon I1-189*
- *Il y a une coordinatrice qui va voir le patient à l'hôpital, et qui devrait normalement rencontrer le médecin et la chef infirmière de service ... mais la majorité sont assistantes sociales et quand elles y vont, elles ne posent pas toujours les bonnes questions qui correspondent aux actes infirmiers I2-59*
- *on n'est pas des coordinateurs, ce n'est pas notre job quelque part de passer notre temps à ça non plus. Ce n'est probablement pas le spécialiste qui doit passer son temps à ça non plus. Il y a des gens, je dirais, qui sont faits pour ça, et pour s'assurer que les gens retournent dans les bonnes conditions. MG1-64*
- *Mais c'est le médecin généraliste qui doit coordonner, à moins qu'il y ait une coordinatrice de soins, par Delta, je crois MG2-224*
- *Le fait de s'en occuper, de se rendre compte, évidemment, des problèmes générés par l'organisation des soins en général, et ça permet aussi de conscientiser et d'être un petit peu plus, je vais dire, « proactif » dans la manière de développer le service parce qu'on est passé par l'organisation MG3-324*
- *Nous, on a un peu la faculté, je vais dire, de ne pas connaître tout en profondeur, mais de connaître un petit peu tout et de pouvoir expliquer un peu comment l'un ou l'autre se passe CoS1-213*
- *la coordinatrice, elle doit veiller à ce que l'aide-ménagère et l'aide-familiale soient entendues aussi bien que le médecin et que l'infirmière. Et ça, c'est parfois difficile. L'aide-familiale et la garde-malade ont souvent difficile, dans une réunion de coordination, de prendre la parole pour donner un avis un peu différent de celui du médecin ou de celui de l'infirmière. Et ça peut être normal, puisqu'elles ont une autre approche. CoS2-182*
- *Le fait de ne pas pratiquer un soin des fois auprès du patient, concret, fait que des fois, on est vécu un peu comme extérieur, ce qui n'est pas plus mal parce que je trouve que finalement, notre fonction, elle est un peu là, elle est un peu à l'extérieur de la situation. On est à la fois dans le cadre, mais un peu en retrait pour justement avoir ce regard un peu plus extérieur CoS1-159*
- *c'est une fameuse responsabilité aussi parce qu'on sait qu'on est un maillon de la chaîne et que si on ne fait pas correctement les choses, toute la continuité des soins est remise en cause ... quand on sait qu'après nous il y a la garde-malade, et qu'une fois par semaine le*



*médecin vient faire le point et je trouve que c'est un poids supplémentaire, une responsabilité CoAF-97*

#### 1.5.3.8. LA COORDINATION FAIT APPEL À DES OUTILS SPÉCIFIQUES

Des kinés (solos 1) ont cité le carnet de coordination.

Les réunions d'intervenant, le cahier de coordination sont cités par les coordinatrices de soins. L'animation de ces réunions multidisciplinaires est une tâche spécifique et demande une compétence précise (CoS2).

- moi, la chose que je trouve importante, c'est de pouvoir justement gérer ces réunions, avoir une animation pas forcément de groupe, mais apprendre justement à communiquer dans ce sens-là. Il y a des formations qui existent, je pense, par exemple, à l'animation et à la gestion des réunions, la communication non violente, des choses comme ça qui peuvent permettre de mettre un climat de confiance entre tous les intervenants CoS2-53*

#### 1.5.3.9. LES PROFESSIONNELS SONT DEMANDEURS DE COORDINATION INTERPROFESSIONNELLE

Pour les infirmières (groupe 1,2), la coordination interprofessionnelle est indispensable en cas de gestion de cas compliqués, mais elle est également nécessaire en routine pour définir des objectifs de soins et en évaluer les résultats. Certains souhaitent qu'elle devienne systématique, pour chaque cas. Ces procédures semblent plus automatiques en maison médicale.

Pour certains kinés (solos 1), c'est surtout dans les soins palliatifs que le besoin de coordination se fait sentir.

Des MG (solos 3) sont demandeurs de coordination interprofessionnelle avec une grande variété d'intervenants pour les cas complexes, les soins palliatifs. Localement, ils profitent des rencontres formelles ou informelles, ils créent leur réseau de relation.

- En cas de « crise », c'est relativement facile d'avoir tout le monde autour de la table parce que là, il y a urgence, donc il faut I2-176*
- Au début d'une prise en charge d'abord pour savoir les objectifs de tout le monde et une de réévaluation après une semaine, ça dépend I2-181*
- C'est beaucoup plus confortable pour le médecin de travailler en groupe, avec des paramédicaux à proximité. On n'a pas besoin de chercher MG3-250*
- On a des réunions tous les mardis midi et peut y venir qui veut, et donc, on est amenés à revoir aussi bien des infirmières indépendantes que des infirmières de la Croix Jaune et Blanche ou autres que des kinés, des psychologues, des gens du CPAS ou des gens de la commune pour d'autres choses, des associations en tous genres, même des gens du planning familial... le but premier, c'est de pouvoir échanger des situations problématiques par rapport à des patients MG4-243*

#### 1.5.3.10. LES PROFESSIONNELS SONT DEMANDEURS DE RENCONTRES INTERPROFESSIONNELLES FORMATIVES

Des kinés (solos 1) ont rapporté deux expériences de rencontres pluridisciplinaires régulières autour d'une thématique commune. D'autres kinés (3) ont cité de nombreux exemples, dont ils ont gardé d'excellents souvenirs.

Pour les CoAF, ces rencontres améliorent la satisfaction des intervenants.

- les médecins étaient invités à une première réunion, il y avait l'aspect théorique, et puis alors, on a fait l'aspect pratique, tout l'aspect médicamenteux, l'aspect pour les médecins et l'aspect rééducation pour les kinés. Mais il y avait quand même au départ cette réunion, on était ensemble, médecins, kinés et ils savent bien qu'on travaille sur la même pathologie, donc ces genres de formations, où on est ensemble, où on se voit, où on peut*



*parler, on est à côté d'un médecin, il y a un autre médecin, on papote, on boit un verre ensemble, c'est très important. K3-228*

- *Chaque discipline fait son exposé, la sexologue fait un exposé, la psychomotricienne et après, on discute tous ensemble de la particularité de la discipline dans ce problème-là MG3-320*
- *On avait organisé une formation avec, dans le public, des aides-familiales, des infirmières, des gardes, un peu tous les métiers représentés, et elles étaient super contentes de rencontrer les autres gens qui travaillaient aussi sur le secteur, ça ne se fait pas souvent CoAF-125*

#### Réflexion

L'organisation de rencontres pluridisciplinaires informatives ou formatives peut éventuellement apporter une réponse à la méconnaissance mutuelle, tout en améliorant les compétences de tous. Un rôle des SISD ?

#### **1.5.3.11. LA PLURIDISCIPLINARITÉ EST PARFOIS UN BESOIN MARGINAL**

Pour des kinés (solos 1, 3), un certain nombre de cas ne nécessitent pas de coordination interdisciplinaire.

Pour de nombreux MG (solos 2,3,4), seules certaines situations demandent une coordination interdisciplinaire, par exemple les soins palliatifs.

- *je n'ai pas tellement de patients qui ont besoin de pluridisciplinaire, c'est un problème purement physique au départ, et ils n'ont pas besoin d'assistante sociale, ils n'ont pas besoin d'infirmière, si à part peut-être s'ils ont une série de piqûres ou quoi, mais je n'ai pas beaucoup de patients lourds, pas de soins palliatifs, pas de gros handicap etc., donc je sais peut-être moins bien en parler. K3-146*
- *Pour nous, il n'y a pas de réunion spécifique, si ce n'est à savoir dans un cadre particulier de soins palliatifs où là, le médecin responsable, ou l'infirmière, ou ça dépend, va aussi faire en sorte de se rencontrer au moins une fois avec le patient ... Des kinés etc., non pas les contacts individuels, je vais dire médecin-kiné, si le médecin en a envie, il n'y a rien de ce genre-là qui existe déjà chez nous MG3-301*
- *Si tu appelles l'infirmière pour faire une série de six piqûres... Ca, on s'en fout ... Tandis que quand c'est un cas plus lourd, on s'investit tout de même plus aussi et à la fois physiquement, intellectuellement, émotivement et tout, et tout MG4-241-242*

#### **1.5.3.12. LA PLURIDISCIPLINARITÉ NE REPOSE PAS SUR DES BASES ORGANISATIONNELLES SUFFISANTES**

Ici également, les infirmières (groupe 2) critiquent sévèrement les relations quasi inexistantes avec le milieu hospitalier, et générant de gros problèmes d'organisation en première ligne.

Des kinés (solos 1) ont insisté sur la nécessité de faire connaître sa spécialité de façon à mieux orienter les patients. D'autres kinés (3) ont exprimé le besoin d'une structure de coordination au niveau communal.

Pour certains MG (solos 2), la pluridisciplinarité mal organisée nuit à la qualité de vie des médecins. Les maisons médicales sont citées comme exemple de ce qui garantit le mieux cette qualité de vie.

Pour les CoAF, la coordination pluridisciplinaire, la définition d'objectifs communs en sont seulement à leurs débuts et restent insuffisantes.

- *Je crois que les sorties d'hôpitaux devraient être faites quelques jours à l'avance, que tout soit préparé, qu'il y ait le matériel. Il y en a à qui il faut un lit, un matelas alternant, que sais-je moi, une chaise percée, vous arrivez chez eux, il n'y a rien I2-63*
- *La qualité de la coordination devrait améliorer la qualité des soins mais pour moi, en fonction de la manière dont ça se fait, ça peut détériorer la qualité de vie du médecin. Je*

*pense que la qualité de coordination n'est réelle que si elle n'intervient pas dans une diminution de la qualité de vie de médecin MG2-293*

- *définir les objectifs que l'on poursuit chez la personne, ce qu'on vise et les moyens qu'on se donne pour les atteindre et le rôle de chacun... L'infirmière, la famille, les aides-familiales, la voisine, les garde-malades ... tous les intervenants, enfin. Le médecin... Mais il y en a rarement avant de commencer. Aucune aide, hein. La coordinatrice qui se rend sur place, parfois l'assistante sociale, mais ça n'est pas très structuré en fait CoAF-50-53*

#### Comparaison des représentations des différents groupes professionnels

L'importance de l'organisation des soins est évoquée très explicitement par les coordinatrices de soins dont c'est la mission mais les autres professionnels reconnaissent aussi que tout serait plus facile avec un minimum d'organisation pour les patients lourds. Le manque de temps est le principal obstacle à ce réel travail pluridisciplinaire : manque de temps pour se rencontrer et communiquer efficacement, manque de temps pour s'organiser et incompatibilité des horaires. Les MG et les infirmières pointent aussi le manque de concertation avec les hôpitaux pour organiser le retour à domicile qui se fait souvent dans de mauvaises conditions.

#### Réflexion

Les prestataires ciblent bien quels types de patients dans quels types de situation nécessitent une action coordonnée. L'existence et le rôle des coordinations de soins semblent toutefois insuffisamment connus. Il en est de même pour la fonction de coordinateur/coordinatrice. L'usage de ces structures dédiées à la coordination et au maintien à domicile mérite d'être étendu : en position faîtière par rapport à l'ensemble des coordinations de soins à domicile, les SISD n'ont-ils pas là une tâche spécifique ?

## 1.6. LES APPORTS DE LA COLLABORATION

### 1.6.1. POUR LE PATIENT

#### 1.6.1.1. LA COLLABORATION EST BÉNÉFIQUE AU PATIENT

La collaboration entre professionnels donne confiance s'il y a une bonne communication et/ou entente, si tout le monde dispose d'informations adéquates, s'il y a une bonne succession des intervenants dans le temps. Si ces éléments ne sont pas réalisés ou présents, le patient est plutôt inconfortable ou craint même cette collaboration. Cet inconfort est accru avec l'âge du patient et si les intervenants changent (Infirmières en groupe 1).

Les kinés travaillant en groupe (2) et (3) ont parlé de la confiance du patient dans l'équipe de soins, présente ou absente selon le niveau de communication entre les différents thérapeutes. Les kinés (3) pensent que la collaboration est bénéfique parce qu'ils diagnostiquent certaines pathologies plus facilement que les médecins du fait de la répétition de leurs contacts avec les patients.

Des MG (1) ont parlé de ce point par défaut : lorsque la collaboration est mauvaise, ce sont les patients qui en souffrent. D'autres (solos 2,3) ont beaucoup insisté sur les bénéfices pour le patient de la collaboration : transfert de la confiance en un thérapeute vers les autres membres du groupe, certitude de la transmission correcte des informations le concernant, augmentation du temps qui leur est consacré, maintien plus facile à domicile en cas de pathologie à gestion complexe, meilleure compliance aux soins.

Pour les coordinateurs de soins (1,2), une équipe qui fonctionne bien (collaboration efficace, information circulante) et qui le montre rassure tant le patient que sa famille. En outre, la collaboration permet de couper court aux remarques négatives des patients ou des professionnels les uns par rapport aux autres (CoS1 & CoS2).

Pour les CoAF, c'est tout simplement le maintien à domicile qui reste possible en cas de soins bien coordonnés.

- *Mais s'il voit qu'il va y avoir trois infirmières sur la semaine, les trois, ça arrive, elles ne savent pas ce qu'elles doivent faire (...) et à mon avis, ça doit être très désagréable pour le patient aussi. I1-116*
- *Le patient qui va chez le spécialiste, on lui dit une sorte, puis il va chez le médecin traitant qui lui dit autre chose. Il arrive chez le kiné... il n'a plus confiance, il se dit : « c'est ça, tous des pourris, moi je ne crois... ». Même un patient qui va voir trois spécialistes différents, ils disent tous quelque chose de différent, ... S'ils avaient un peu communiqué entre eux, ça ça arrive souvent. Les patients, alors, ils ne savent plus que croire et finalement, ils n'ont plus confiance au système de soins de santé en général, et ils ne considèrent pas le thérapeute. K2-186*
- *Moi, je crois que les gens apprécient qu'il y ait le lien entre les gens qui les soignent. D'ailleurs, quand les gens se retrouvent dans des conflits entre par exemple le médecin traitant et le spécialiste, pour eux, c'est très angoissant. MG1-109*
- *Ça ... rassure [le patient] de savoir que si son médecin habituel n'est pas là, il y en a un autre qui connaît peut-être son cas MG3-238*
- *La famille est réconfortée par cet accueil ...où elle rencontre l'équipe de l'infirmière, où elle voit qu'il y a une communication avec le médecin, ...CoS1-101*
- *Par contre, quand on est ensemble, on peut se dire, mais oui, « elle est encore en train de dire que l'aide-familiale ne venait pas, alors que ça été négocié au départ, qu'on a mis d'autres choses » et tout ça fait qu'il y a un peu une perte d'énergie négative là qui ne se fait plus. CoS2-192*
- *Il reste à domicile sinon, s'il n'avait pas tous les passages coordonnés, il ne pourrait pas y rester ... A partir du moment où il y a une continuité, il y a plusieurs personnes et une complémentarité, un soutien moral aussi CoAF-145*

#### 1.6.1.2. LA SYNERGIE ENTRE SOIGNANTS PERMET UNE MEILLEURE QUALITÉ DE SOINS

Pour des infirmières (groupe 2), l'interaction entre professionnels ne se limite pas à la communication ou à la complémentarité des soins. Elle permet aussi de dégager d'autres voies d'intervention moins classiques pour améliorer la qualité du suivi des patients.

Certains kinés (solos 1) espèrent une amélioration de la qualité à travers la collaboration, mais sans expliquer en quoi. D'autres (groupe 2) sont plus précis : échanges d'informations, regard sur sa pratique, partage de la charge de travail pour les cas lourds, diversités des techniques de soins proposées au patient, travail coordonné avec les médecins. Pour d'autres encore (3), c'est le fait que le médecin ait compris les objectifs du traitement.

Certains MG (solos 3) tirent du bénéfice de la coordination, et soulignent l'avantage qualitatif pour les patients. D'autres (solos 4) voient dans la collaboration une façon d'améliorer les soins par les échanges et la remise en question qu'ils permettent.

Plusieurs regards sur une même situation permettent de mieux comprendre ce qui se passe, de dépasser ses propres schémas interprétatifs (CoAF).

La connaissance réciproque engendre confiance et respect mutuel entre les prestataires, leur permettant de se dépasser si nécessaire dans une situation complexe (CoS2).

- *Ce serait un peu faire semblant d'arriver à l'improviste, justement à l'heure où le kiné est là, est justement avec les deux personnes devant la patiente, et dire, vous voyez, finalement, il faut que vous marchiez avec la canne et pas avec le gadot I2-172*
- *on a des réunions de secteur où on parle de nos pratiques et où on peut échanger. Il me semble que ça, c'est quelque chose qui favorise la qualité des soins. Donc, si on se pose une question, si on a un doute ou si on a une difficulté, échanger avec nos collègues et voilà ; et s'évaluer, on s'évalue entre nous, en secteur. K2-43*

- *Même parfois, le pharmacien conseille à un patient, c'est quand même la troisième fois que vous revenez chercher un sirop pour la toux, ce serait bien que vous alliez voir un médecin aussi. Donc, là aussi, ils aident aussi dans la continuité des soins MG3-202*
- *On est tous en groupe et on fait une réunion tous les mercredis tous les quinze jours et ça nous permet alors chaque fois d'exposer les cas et d'en discuter tous ensemble, et de pouvoir éventuellement reguider si le soin kiné n'est pas ce qu'on pourrait attendre, alors, on postpose les autres examens, c'est super intéressant MG3-250*
- *C'est vrai que l'ouverture d'esprit, enfin, moi, je suis dans une pratique associative, donc je dirai que je sens un enrichissement personnel du fait d'un échange avec les collègues qui est quand même une façon à la fois d'être plus serein dans sa pratique, et aussi de se remettre en question, et c'est peut-être, enfin, pour moi, c'est une façon peut-être d'acquérir une meilleure qualité de travail aussi MG4-57*
- *c'est des autres points de vue parce que parfois, on tourne en rond, on est tellement impliqués dans des situations qu'on n'y voit plus clair, puis quelqu'un d'autre va proposer « mais pourquoi ne fais-tu pas ça », « c'est vrai que je n'y ai pas pensé » les échanges, on en manque cruellement CoAF-108*
- *La connaissance des intervenants. Quand on a la chance d'avoir un généraliste avec lequel on collabore régulièrement, des infirmières que l'on connaît, le kiné, les intervenants se font quelque part confiance. Si un demande l'une ou l'autre chose ce sera bien vécu par les autres, et généralement, ils vont, en fonction du patient, se respecter, et faire des choses qu'ils n'auraient peut-être pas fait pour une situation anonyme. CoS2-46*

#### 1.6.1.3. LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EST GLOBALE

L'hôpital semble délaisser des aspects importants de la personne dans la prise en charge (Infirmière en groupe-1). Le contact de soins au domicile permet d'appréhender plus facilement la globalité du patient. Le partage d'expérience est cité par les infirmières travaillant en groupe (2) comme un avantage pour cet aspect.

Des kinés travaillant en groupe (2) ont cité la pluridisciplinarité comme une chance. Les kinés (3) ont parlé de globalité et de pluridisciplinarité.

Par leur fonction dans l'équipe, les coordinateurs de soins (1) assurent la prise en charge globale du patient en répartissant les tâches entre les soignants et les aidants non soignants, en veillant au contexte.

- *Mais à l'hôpital, ils sont soignés tout le temps mais le reste, ils ne regardent pas. C'est que nous, on regarde à peu près tout. On a une différente globalisation I1-121*
- *ce que disait G... : on a la chance de travailler de façon pluridisciplinaire et donc de ne pas être centrés sur la pathologie primaire mais avoir un point de vue médical, infirmier, voire psychologique, social K2-5*
- *On a un œil très pluridisciplinaire, je trouve, mais c'est vrai que ça joue, le fait qu'il va être nourri de telle ou telle manière, ça va jouer sur les autres services aussi CoS1-218*

#### 1.6.1.4. LA COLLABORATION PERMET UNE MEILLEURE GESTION DES SOINS, DE LA PRISE EN CHARGE

Des MG (1) ont cité l'amélioration de la disponibilité aux patients, la coordination sociale, le gain d'information provenant des autres prestataires.

Mieux connaître le fonctionnement des autres professions permet de les utiliser à meilleur escient (CoAF).

- *Plus tu travailles en collaboration avec des autres services et plus tu apprends à connaître le fonctionnement des autres services, et tu sais comment les interpeller CoAF-114*

#### 1.6.1.5. LA COLLABORATION AIDE À LA GESTION DE LA COMPLEXITÉ

De nombreux MG (1,2,3) ont cité les discussions de groupe comme aide à la gestion des cas complexes (personnes âgées, toxicomanes).

- *Dans la maison médicale où je travaille, qui est une ancienne maison médicale, il y a quand même énormément de personnes âgées, qui deviennent de plus en plus âgées, qui veulent de plus en plus rester à la maison. Donc s'il n'y a pas toute une partie de la réflexion qui est mise sur « comment garder les personnes âgées ou en dépendance à domicile », voilà, quoi, elles seront placées... MG2-246*

### 1.6.2. POUR LE PROFESSIONNEL

#### 1.6.2.1. LA COLLABORATION PERMET D'AUGMENTER SES CONNAISSANCES

Un des kinés (solos 1) cite son part-time hospitalier pour l'amélioration de ses connaissances. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une collaboration. D'autres kinés travaillant en groupe (2) citent de nombreux exemples d'échanges formels ou informels qui leur permettent de profiter des connaissances de leurs collègues dans des situations de soins. Ils se sentent aussi parfois formateurs à l'égard des médecins généralistes, particulièrement mal formés dans le domaine.

Des MG (1) ont cité les réunions pluridisciplinaires. D'autres (solos 4) ont cité les GLEMs. Des MG (solos 2,3) ont souligné l'acquisition de connaissances lors des rencontres pluridisciplinaires, tant avec leurs collègues spécialistes qu'avec les paramédicaux.

- *Pouvoir téléphoner aussi pour la qualité des soins à l'infirmière, « j'ai un problème avec une plaie, j'ai déjà essayé ça, qu'est-ce que vous en pensez » parce que parfois, elles sont plus douées que nous dans les suivis de plaies, et elles peuvent nous aider aussi MG3-37*
- *J'ai une amie qui est anesthésiste, je lui téléphone aussi de temps en temps, ... ça m'est déjà arrivé de retéléphoner à mon ancien maître de stage ... j'ai encore beaucoup de choses à apprendre... je sais que je peux compter sur mes confrères, et je ne me sens pas particulièrement idiot MG3-269*

#### 1.6.2.2. LA COLLABORATION PERMET DE RÉDUIRE LE STRESS

Les MG (solos 4) ont cité la tendance des jeunes à travailler plus en groupe comme une réponse au stress professionnel.

- *Et là, franchement, on a le regard de l'autre. On a forcément le regard de l'autre « tiens, tu as fait ça, je n'aurais pas fait ça. Pourquoi tu as fait ça ? Tiens, c'est intéressant ». Bon voilà K2-46*
- *Tous mes amis faisaient la médecine. Ces jeunes médecins se savent pauvres en connaissances « kiné » et ils étaient contents d'avoir un coup de téléphone du kiné pour leur expliquer ou leur demander des trucs. Mais c'est peut-être parce que ce sont des jeunes médecins ... K2-2*
- *Mais il est un fait que maintenant, la plupart veulent travailler en équipe ou sont ouverts à ce travail-là, soit en maison médicale ou bien faire des associations de médecins et tout ça, je crois personnellement que c'est une bonne chose et que ça rend la vie des médecins moins stressante, moins contraignante MG4-66*

#### 1.6.2.3. TRAVAILLER À PLUSIEURS COMPLEXIFIE LA TÂCHE

Pour des infirmières (groupe 2), le fait d'être plusieurs rend plus difficile le suivi d'une norme univoque dans le cas des soins de plaies. La complexification est proportionnelle au nombre de personnes impliquées (groupe 1).

Certains MG (1) semblent craindre une perte d'identité. Parmi les MG solos (2,3,4), il a été signalé une complexification lors de la pratique de groupe (gestion du courrier e.a.).

- *Je me dis, m..., où est-ce qu'on va, si ces gens sont vus comme ça et que tout le monde commence à cuisiner dans la même casserole. MG1-105*

### Réflexion

L'action pluridisciplinaire et concertée, au cours de laquelle un plan de soins est établi de commun accord est mise à l'honneur par tous les prestataires. C'est le principe même de la concertation pluridisciplinaire qui est abordé ici. Si chacun semble convaincu de son intérêt, on doit probablement s'interroger sur sa mise en application effective et sur les obstacles qui empêchent que chaque patient en situation complexe bénéficie d'une telle démarche de concertation.



# **Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en 1<sup>ère</sup> ligne : quelles attentes des professionnels ?**

-----

**Etude qualitative réalisée en 2008 par le  
Département de Médecine Générale de l'ULg**

**à la demande du GLS  
SISD de Liège-Huy-Waremme**



Groupement Pluraliste Liégeois  
des Services et Soins à Domicile

<h2><b>Section 2 : groupes nominaux</b></h2>
--

**Valérie Massart, Philippe Denoël, Marc Vanmeerbeek,  
Christiane Duchesnes, Jean-Luc Belche et Didier Giet**

<b>SOMMAIRE</b>	<b>72</b>
<b>OBJECTIF</b>	<b>73</b>
<b>METHODOLOGIE DU GROUPE NOMINAL</b>	<b>73</b>
<b>PUBLIC</b>	<b>74</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>74</b>
Tableau 1 - 7 catégories de propositions	75
Tableau 2 - 23 sous-catégories de propositions	76
Tableau 3 - Indice de priorité : répartition des points attribués par les différentes disciplines au sein des 7 catégories	78
Tableau 4 - Indice de priorité : répartition des points attribués par les différentes disciplines au sein des 23 sous-catégories	799
Tableau 5 - Indice de popularité : répartition du nombre de votes au sein des 7 catégories	81
Tableau 6 - Indice de popularité : répartition du nombre de votes au sein des 23 sous-catégories	82
Tableau 7 - Représentation combinée de la priorité et la popularité au sein des 23 sous-catégories	85
<b>DISCUSSION</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>87</b>
<b>PRESENTATION, PAR SOUS-GROUPE ET PAR DISCIPLINE, DES 176 PROPOSITIONS AYANT RECUEILLI AU MOINS 1 POINT LORS DE LA PHASE DE VOTE.</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 2 : PRESENTATION DES PROPOSITIONS CLASSEES EN CATEGORIES ET SOUS-CATEGORIES, TOUTES DISCIPLINES CONFONDUES</b>	<b>94</b>



## OBJECTIF

Recueillir l'avis de professionnels de la première ligne de soins en matière d'action à mettre en œuvre en matière de collaboration pluridisciplinaire.

## METHODOLOGIE DU GROUPE NOMINAL

La méthode du groupe nominal est utilisée pour chercher des solutions concrètes à une problématique. Il s'agit d'une méthode structurée d'interactions de groupe conçue pour stimuler, dans un délai d'environ une heure, la production d'idées classées par ordre de priorité.

D'entrée de jeu, une question ouverte est posée aux participants. Cette question ne comprend pas de détails précis pouvant orienter ou limiter les réponses des participants.

Chacun y répond individuellement, par écrit, sous forme de courtes phrases. Ensuite, oralement, chacun à son tour, les participants font part au groupe et à l'animateur des propositions qu'ils ont écrites. Chaque membre énonce une proposition à la fois. L'animateur note au tableau chaque proposition. Il y a autant de tours de table nécessaires à l'épuisement de toutes les propositions du groupe.

La phase suivante consiste en une relecture des propositions et une mise en accord sur la signification de chacune d'elle. Les propositions écrites au tableau passent ainsi de la propriété « individuelle » à une propriété « collective ».

Ensuite, individuellement, les participants choisissent les 5 propositions qu'ils jugent les plus importantes. Pratiquement, ils attribuent 5 points à l'item qu'il juge le plus important, 4 points, 3 points, 2 points, 1 point aux quatre suivants.

En fin de groupe nominal, chaque proposition est classée par priorité, en fonction des points obtenus mais aussi en fonction du nombre de professionnels ayant voté pour chacune.

Chaque groupe, en fin de séance peut visualiser un tableau comme celui-ci :

Propositions	Total Points	Fréquence	Rang Priorité
	Total des points attribués suite aux votes des participants	Nombre de professionnels ayant voté pour la proposition	Classement en fonction des points obtenus

Concrètement, dans la présente étude, les groupes nominaux se sont déroulés le même jour que les focus groups : ils ont été organisés dans la foulée de chaque FG.

La question posée était formulée comme suit : « **Quels seraient, pour vous, les éléments d'une forme idéale de collaboration pluridisciplinaire à mettre en œuvre dans les 10 prochaines années ?** ».

## PUBLIC

C'est 94 professionnels de la santé qui ont participé à la méthode du groupe nominal dont 25 kinésithérapeutes, 20 infirmiers, 15 coordinateurs de soins, 7 coordinateurs d'Aides familiales, 19 médecins généralistes et 8 aides-familiales.

Les professionnels, ayant participé au groupe focalisé, ont poursuivi, après une pause, en participant au groupe nominal.

## RESULTATS

Les professionnels avaient à répondre à la question « **Quels seraient, pour vous, les éléments d'une forme idéale de collaboration pluridisciplinaire à mettre en œuvre dans les 10 prochaines années ?** ».

Il s'avère en pratique que les réponses fournies par les professionnels correspondent à une question quelque peu différente : « **Quelles seraient les actions à mettre en œuvre en matière de collaboration pluridisciplinaire ?** ».

228 propositions ont été exprimées par les 14 groupes interrogés. Seules 176 propositions (soit 77%) se sont vu attribuer au moins 1 point lors de la phase de vote.

Ces **176 propositions** ont été analysées par l'équipe de recherche. Elles sont reprises à l'état brut, telles que récoltées auprès des professionnels interrogés, à l'annexe 1.

Elles ont été ensuite classées par les chercheurs en **7 catégories** et **23 sous-catégories**.

Les **tableaux 1 et 2** reprennent respectivement les 7 catégories et les 23 sous-catégories.

L'ensemble des propositions classées dans les catégories et sous-catégories, toutes disciplines confondues, sont présentées en annexe 2 de ce document.

*TABLEAU 1 - 7 CATÉGORIES DE PROPOSITIONS*

**Quelles actions en matière de collaboration pluridisciplinaire ? N = 94**

<b>1</b>	<b>favoriser les rencontres entre professionnels</b>
<b>2</b>	<b>améliorer la communication entre professionnels</b>
<b>3</b>	<b>améliorer la relation entre 1ere ligne et hôpital</b>
<b>4</b>	<b>se donner les moyens de mieux collaborer</b>
<b>5</b>	<b>repenser l'action pluridisciplinaire en la centrant sur le patient</b>
<b>6</b>	<b>adapter la politique de santé en faveur de la 1ère ligne</b>
<b>7</b>	<b>favoriser des évolutions au sein de chaque discipline</b>

TABLEAU 2 - 23 SOUS-CATÉGORIES DE PROPOSITIONS

Quelles actions en matière de collaboration pluridisciplinaire ? N = 94

	<b>1</b>	<b>favoriser les rencontres entre professionnels</b>
1	1.1	pour se former
2	1.2	pour mieux se connaître
3	1.3	en soutenant financièrement les formations
	<b>2</b>	<b>améliorer la communication entre professionnels</b>
4	2.1	mettre en place des outils d'échange d'informations
5	2.2	rendre accessible les données patients à tous les professionnels
	<b>3</b>	<b>améliorer la relation entre 1<sup>ère</sup> ligne et hôpital</b>
6		développer la communication entre la 1 <sup>ère</sup> ligne et l'hôpital
	<b>4</b>	<b>se donner les moyens de mieux collaborer</b>
7	4.1	clarifier les buts poursuivis par chaque professionnel pour 1 patient
8	4.2	organiser des réunions pluridisciplinaires autour d'1 patient
9	4.3	rémunérer les réunions pluridisciplinaires
10	4.4	instituer une fonction de coordinateur
11	4.5	créer des structures pluridisciplinaires
12	4.6	définir chaque profession : atouts et limites
13	4.7	permettre à chaque professionnel d'être reconnu par les autres
14	4.8	instituer une formation à la collaboration (études de base et continues)
	<b>5</b>	<b>repenser l'action pluri en la centrant sur le patient</b>
15	5.1	organiser des consultations pluridisciplinaires avec le patient
16	5.2	remettre l'intérêt et les besoins du patient au centre des préoccupations du soignant
	<b>6</b>	<b>adapter la politique de santé en faveur de la 1<sup>ère</sup> ligne</b>
17	6.1	augmenter les ressources humaines et améliorer leur gestion en matière de soins à domicile
18	6.2	accroître l'offre de service pour les patients à domicile tout en maintenant la liberté de choix thérapeutique
19	6.3	faire connaître les réalités de terrain aux structures de décision
20	6.4	poursuivre les actions entamées par le GLS
21	6.5	réflexion sur l'efficience des soins à domicile
	<b>7</b>	<b>favoriser des évolutions au sein de chaque discipline</b>
22	7.1	favoriser les réunions et formations intra-disciplinaires
23	7.2	création de structures intra-disciplinaires

L'analyse des données permet de dégager pour chaque catégorie (ou chaque sous-catégorie) un **indice de priorité** : celui-ci dépend du nombre de points attribués par les professionnels aux propositions qui composent la catégorie (ou la sous-catégorie). Pour rappel, au plus une proposition recueillait un nombre de points élevé au plus celle-ci était jugée prioritaire par les professionnels.

Le tableau 3 permet de visualiser les indices de priorité pour les 7 catégories, selon les différentes disciplines.

Le tableau 4 permet la même visualisation pour les sous-catégories. Pour gommer l'influence du nombre des effectifs de chaque profession, les points ont été transformés en pourcentages du total de points attribués par chaque profession : ceci permet la comparaison entre les cinq disciplines.

**TABLEAU 3 – INDICE DE PRIORITE : REPARTITION DES POINTS ATTRIBUES PAR LES DIFFERENTES DISCIPLINES  
AU SEIN DES 7 CATEGORIES**

Quelles actions en matière de collaboration pluridisciplinaire ? N = 94		KINE N=25	INF N=20	COORD N=22	MG N=19	AF N=8
		Points en %				
1	favoriser les rencontres entre professionnels	43,1	5,7	8,5	14,7	10,8
2	améliorer la communication entre professionnels	22,4	24,8	7,9	21,1	13,3
3	améliorer la relation entre 1 <sup>ere</sup> ligne et hôpital	2,8	12,1	7,0	8,1	0,0
4	se donner les moyens de mieux collaborer	11,2	35,6	20,3	40,9	39,2
5	repenser l'action pluridisciplinaire en la centrant sur le patient	8,1	3,8	6,7	0,0	10,8
6	adapter la politique de santé en faveur de la 1 <sup>ère</sup> ligne	5,3	18,1	48,2	8,1	17,5
7	favoriser des évolutions au sein de chaque discipline	7,0	0,0	1,5	7,1	8,3
Total des points attribués par discipline (en %)		100*	100*	100*	100*	100*

**Légende :**

entre 0 et 10%	
entre 10 et 17%	
entre 17 et 32 %	
33 % et plus	

**Lecture du tableau :**

Catégorie 1 : 43,1 % des points attribués par les kinésithérapeutes concernant le souhait de **favoriser les rencontres entre professionnels**.

\* la somme peut différer quelque peu de 100 en raison de l'arrondi automatique (au dixième) des nombres additionnés.

**TABLEAU 4 – INDICE DE PRIORITE : REPARTITION DES POINTS ATTRIBUES PAR LES DIFFERENTES DISCIPLINES**  
**AU SEIN DES 23 SOUS-CATÉGORIES**

Quelles actions en matière de collaboration pluridisciplinaire ? N = 94		KINE N=25	INF N=20	COORD N=22	MG N=19	AF N=8
		Points en %				
<b>1</b>	<b>favoriser les rencontres entre professionnels</b>	<b>43,1</b>	<b>5,7</b>	<b>8,5</b>	<b>14,7</b>	<b>10,8</b>
1.1	pour se former	24,4	3,8	0,9	2,1	10,8
1.2	pour mieux se connaître	6,4	1,9	7,6	11,4	
1.3	en soutenant financièrement les formations	12,3			1,2	
<b>2</b>	<b>améliorer la communication entre professionnels</b>	<b>22,4</b>	<b>24,8</b>	<b>7,9</b>	<b>21,1</b>	<b>13,3</b>
2.1	mettre en place des outils d'échange d'informations	15,7	20,6	7,9	16,4	13,3
2.2	rendre accessible les données patients à tous les professionnels	6,7	4,1		4,8	
<b>3</b>	<b>améliorer la relation entre 1<sup>ère</sup> ligne et hôpital</b>	<b>2,8</b>	<b>12,1</b>	<b>7,0</b>	<b>8,1</b>	<b>0,0</b>
	développer la communication entre la 1 <sup>ère</sup> ligne et l'hôpital	2,8	12,1	7,0	8,1	
<b>4</b>	<b>se donner les moyens de mieux collaborer</b>	<b>11,2</b>	<b>35,6</b>	<b>20,3</b>	<b>40,9</b>	<b>39,2</b>
4.1	clarifier les buts poursuivis par chaque professionnel pour 1 patient		4,4	0,6		10,8
4.2	organiser des réunions pluri autour d'1 patient		8,3		1,0	6,7
4.3	rémunérer les réunions pluridisciplinaires	0,6	1,3	5,8	7,6	
4.4	instituer une fonction de coordinateur	2,5	8,6	2,4	7,4	
4.5	créer des structures pluridisciplinaires	2,0	0,6		13,5	
4.6	définir chaque profession : atouts et limites		1,3	3,6	9,7	3,3
4.7	permettre à chaque professionnel d'être reconnu par les autres	5,0	7,0	7,9	1,7	18,3
4.8	instituer une formation à la collaboration (études de base et continues)	1,1	4,1			
<b>5</b>	<b>repenser l'action pluridisciplinaire en la centrant sur le patient</b>	<b>8,1</b>	<b>3,8</b>	<b>6,7</b>	<b>0,0</b>	<b>10,8</b>
5.1	organiser des consultations pluridisciplinaires avec le patient	2,0				
5.2	remettre l'intérêt et les besoins du patient au centre des préoccupations du soignant	6,2	3,8	6,7		10,8
<b>6</b>	<b>adapter la politique de santé en faveur de la 1<sup>ère</sup> ligne</b>	<b>5,3</b>	<b>18,1</b>	<b>48,2</b>	<b>8,1</b>	<b>17,5</b>
6.1	augmenter les ressources humaines et améliorer leur gestion en matière de soins à domicile		13,3	17,3	2,1	17,5
6.2	accroître l'offre de service pour les patients à domicile tout en maintenant la liberté de choix thérapeutique		2,5	7,9	0,5	
6.3	faire connaître les réalités de terrain aux structures de décision	2,2		13,6	2,4	
6.4	poursuivre les actions entamées par le GLS			0,6		
6.5	réflexion sur l'efficience des soins à domicile	3,1	2,2	8,8	3,1	
<b>7</b>	<b>favoriser des évolutions au sein de chaque discipline</b>	<b>7,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,5</b>	<b>7,1</b>	<b>8,3</b>
7.1	favoriser les réunions et formations intra-disciplinaires	7,0		1,5	1,2	8,3
7.2	création de structures intra-disciplinaires				5,9	

**Légende :**

entre 0 et 12%	
entre 12 et 23 %	
24 % et plus	

**Lecture du tableau :** Sous-catégorie 1.1 : 24,4% des points attribués par les kinésithérapeutes concernant le souhait de formation pluridisciplinaire pour favoriser les rencontres entre professionnels.

**Calcul :** Sous-catégorie 1.1 : 87 (somme des points recueillis par les propositions émises par les kinés et classées dans la catégorie « pour se former ») / 357 (somme des points attribués par les 3 sous-groupes de kinés) \*100 = 24,4

Un **indice de popularité** a été également calculé pour chaque catégorie (ou chaque sous-catégorie). Il dépend du nombre de votants qui ont souhaité attribuer des points aux propositions qui composent la catégorie (ou la sous-catégorie). On peut effectivement juger qu'une proposition est populaire si de nombreux professionnels lui réservent un suffrage, (indépendamment de la valeur de ce suffrage qui s'exprime en nombre de points et définit la priorité évoquée plus haut).

Le tableau 5 permet de visualiser les indices de popularité pour les 7 catégories, selon les différentes disciplines. Pour gommer l'influence du nombre des effectifs de chaque profession, les nombres de votes ont été transformés en pourcentages du total des votes attribués par chaque profession : ceci permet la comparaison entre les cinq disciplines.

Le tableau 6 permet la même visualisation pour les sous-catégories. Ici aussi, les nombres de votes sont exprimés en pourcentages.

Le tableau 7 intègre indice de priorité et indice de popularité pour les 23 sous-catégories et permet une vision combinée de ces deux mesures.



TABLEAU 5 – INDICE DE POPULARITE : REPARTITION DU NOMBRE DE VOTES AU SEIN DES 7 CATEGORIES

Quelles actions en matière de collaboration pluridisciplinaire ? N = 94		KINE N=25	INF N=20	COORD N=22	MG N=19	AF N=8
		Nombre de votes en %				
1	favoriser les rencontres entre professionnels	33	5,7	8,2	12,1	10,3
2	améliorer la communication entre professionnels	26,3	25,8	8,2	22,9	12,8
3	améliorer la relation entre 1 <sup>ère</sup> ligne et hôpital	5,1	13,3	5,5	10	0
4	se donner les moyens de mieux collaborer	13,5	32,6	25,5	37,9	41
5	repenser l'action pluridisciplinaire en la centrant sur le patient	10,1	2,9	7,3	0	7,7
6	adapter la politique de santé en faveur de la 1 <sup>ère</sup> ligne	5	20	43,6	9,3	15,4
7	favoriser des évolutions au sein de chaque discipline	6,8	0	1,8	7,8	12,8
Total des votes attribués par chaque discipline (en %)		100*	100*	100*	100*	100*

**Légende :**

entre 0 et 10%	
Entre 10 et 17%	
entre 17 et 32 %	
33% et plus	

**Lecture du tableau :**

33 % du nombre total des votes d'une même discipline ont été attribués aux propositions de la catégorie « favoriser les rencontres entre professionnels ».

\* la somme peut différer quelque peu de 100 en raison de l'arrondi automatique (au dixième) des nombres additionnés.

TABLEAU 6 – INDICE DE POPULARITE : REPARTITION DU NOMBRE DE VOTES AU SEIN DES 23 SOUS-CATEGORIES

Quelles actions en matière de collaboration pluridisciplinaire ? N = 94		KINE N=25	INF N=20	COORD N=22	MG N=19	AF N=8
		Nombre de votes en %				
<b>1</b>	<b>favoriser les rencontres entre professionnels</b>	<b>33</b>	<b>5,7</b>	<b>8,2</b>	<b>12,1</b>	<b>10,3</b>
1.1	pour se former	17,8	3,8	0,9	1,4	10,3
1.2	pour mieux se connaître	4,2	1,9	7,3	10	
1.3	en soutenant financièrement les formations	11			0,7	
<b>2</b>	<b>améliorer la communication entre professionnels</b>	<b>26,3</b>	<b>25,8</b>	<b>8,2</b>	<b>22,9</b>	<b>12,8</b>
2.1	mettre en place des outils d'échange d'informations	17,8	22,9	8,2	19,3	12,8
2.2	rendre accessible les données patients à tous les professionnels	8,5	2,9		3,6	
<b>3</b>	<b>améliorer la relation entre 1ère ligne et hôpital</b>	<b>5,1</b>	<b>13,3</b>	<b>5,5</b>	<b>10</b>	<b>0</b>
	développer la communication entre la 1 <sup>ère</sup> ligne et l'hôpital	5,1	13,3	5,5	10	
<b>4</b>	<b>se donner les moyens de mieux collaborer</b>	<b>13,5</b>	<b>32,6</b>	<b>25,5</b>	<b>37,9</b>	<b>41</b>
4.1	clarifier les buts poursuivis par chaque professionnel pour 1 patient		4,8	0,9		12,8
4.2	organiser des réunions pluri autour d'1 patient		6,7		0,7	5,1
4.3	rémunérer les réunions pluridisciplinaires	1,7	1,9	6,4	8,6	
4.4	instituer une fonction de coordinateur	3,4	6,7	2,7	7,9	
4.5	créer des structures pluridisciplinaires	2,5	1		10	
4.6	définir chaque profession : atouts et limites		2,9	5,5	8,6	2,6
4.7	permettre à chaque professionnel d'être reconnu par les autres	5,1	5,7	10	2,1	20,5
4.8	instituer une formation à la collaboration (études de base et continues)	0,8	2,9			
<b>5</b>	<b>repenser l'action pluridisciplinaire en la centrant sur le patient</b>	<b>10,1</b>	<b>2,9</b>	<b>7,3</b>	<b>0</b>	<b>7,7</b>
5.1	organiser des consultations pluridisciplinaires avec le patient	2,5				
5.2	remettre l'intérêt et les besoins du patient au centre des préoccupations du soignant	7,6	2,9	7,3		7,7
<b>6</b>	<b>adapter la politique de santé en faveur de la 1ère ligne</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>43,6</b>	<b>9,3</b>	<b>15,4</b>
6.1	augmenter les ressources humaines et améliorer leur gestion en matière de soins à domicile		13,3	12,7	2,1	15,4
6.2	accroître l'offre de service pour les patients à domicile tout en maintenant la liberté de choix thérapeutique		3,8	11,8	1,4	
6.3	faire connaître les réalités de terrain aux structures de décision	2,5		9,1	2,9	
6.4	poursuivre les actions entamées par le GLS			0,9		
6.5	réflexion sur l'efficacité des soins à domicile	2,5	2,9	9,1	2,9	
<b>7</b>	<b>favoriser des évolutions au sein de chaque discipline</b>	<b>6,8</b>	<b>0</b>	<b>1,8</b>	<b>7,8</b>	<b>12,8</b>
7.1	favoriser les réunions et formations intra-disciplinaires	6,8		1,8	2,1	12,8
7.2	création de structures intra-disciplinaires				5,7	

**(suite tableau 6)**

**Légende :**

- de 10 %	
-----------	--

entre 10% et 18%	
------------------	--

19 % et plus	
--------------	--

**Lecture du tableau :**

Sous-catégorie 1.1 : 17,8 % du nombre total des votes des kinés ont été attribués aux propositions de la sous-catégorie « pour se former » (dans la catégorie « favoriser les rencontres entre professionnels »)

**Calcul :**

Sous-catégorie 1.1 : 21 (somme du nombre de votes émis par les kinés pour les propositions classées dans la sous-catégorie « pour se former ») / 118 (nombre total de votes émis par les 3 sous-groupes de kinés) \* 100 = 17,8

**TABEAU 7 – REPRESENTATION COMBINEE DE LA PRIORITE ET LA POPULARITE AU SEIN DES 23 SOUS-CATEGORIES**

Quelles actions en matière de collaboration pluridisciplinaire ? N = 94		KINE N=25	INF N=20	COORD N=22	MG N=19	AF N=8
<b>1</b>	<b>favoriser les rencontres entre professionnels</b>					
1.1	pour se former					
1.2	pour mieux se connaître					
1.3	en soutenant financièrement les formations					
<b>2</b>	<b>améliorer la communication entre professionnels</b>					
2.1	mettre en place des outils d'échange d'informations					
2.2	rendre accessible les données patients à tous les professionnels					
<b>3</b>	<b>améliorer la relation entre 1ère ligne et hôpital</b>					
	développer la communication entre la 1 <sup>ère</sup> ligne et l'hôpital					
<b>4</b>	<b>se donner les moyens de mieux collaborer</b>					
4.1	clarifier les buts poursuivis par chaque professionnel pour 1 patient					
4.2	organiser des réunions pluri autour d'1 patient					
4.3	rémunérer les réunions pluridisciplinaires					
4.4	instituer une fonction de coordinateur					
4.5	créer des structures pluridisciplinaires					
4.6	définir chaque profession : atouts et limites					
4.7	permettre à chaque professionnel d'être reconnu par les autres					
4.8	instituer une formation à la collaboration (études de base et continues)					
<b>5</b>	<b>repenser l'action pluridisciplinaire en la centrant sur le patient</b>					
5.1	organiser des consultations pluridisciplinaires avec le patient					
5.2	remettre l'intérêt et les besoins du patient au centre des préoccupations du soignant					
<b>6</b>	<b>adapter la politique de santé en faveur de la 1ère ligne</b>					
6.1	augmenter les ressources humaines et améliorer leur gestion en matière de soins à domicile					
6.2	accroître l'offre de service pour les patients à domicile tout en maintenant la liberté de choix thérapeutique					
6.3	faire connaître les réalités de terrain aux structures de décision					
6.4	poursuivre les actions entamées par le GLS					
6.5	réflexion sur l'efficacité des soins à domicile					
<b>7</b>	<b>favoriser des évolutions au sein de chaque discipline</b>					
7.1	favoriser les réunions et formations intra-disciplinaires					
7.2	création de structures intra-disciplinaires					

**Légende :**

**Priorité : répartition des points**

entre 0 et 12%	
entre 12 et 23 %	
24% et plus	

**Popularité : répartition du nombre de votes**

- de 10 %	
Entre 10% et 18%	
19 % et plus	

## DISCUSSION

Toutes les propositions retenues par au moins 1 vote ont été organisées en 7 catégories et 23 sous-catégories. A ce titre, **toutes les catégories méritent attention puisqu'elles sont le reflet des propositions plébiscitées par les professionnels lors de leur vote.**

Cependant, certaines catégories sortent davantage du lot. Ces catégories ont été plébiscitées par les professionnels, soit par un grand nombre de points (priorité) attribués aux propositions qui les composent, soit par un grand nombre de votes (popularité) attribués aux propositions qui les composent, soit encore par une valeur favorable pour les deux indices (priorité et popularité).

A la question « quelles seraient les actions en matière de collaboration pluridisciplinaire à mettre en œuvre ? », tous les professionnels évoquent avec insistance (priorité importante et popularité la plus grande) la **mise en place d'outils d'échanges d'informations**. Qu'il s'agisse du cahier de communication, de moyens informatiques, du post-it dans la cuisine,... il est important de trouver et de mettre en place entre professionnels de disciplines différentes des outils efficaces d'échanges de données relatives aux soins.

Pour favoriser les collaborations, les professionnels pensent préliminaire de **se connaître**.

Près de la moitié des points attribués par les kinésithérapeutes concernent le souhait de favoriser les rencontres entre professionnels, plus particulièrement l'organisation de formations communes et leur soutien financier.

Les infirmiers et les médecins généralistes attribuent un nombre important de votes au souhait de voir **améliorer la communication entre la 1<sup>ère</sup> ligne et les structures hospitalières**.

Tous les professionnels, et tout particulièrement les médecins généralistes et les aides-familiales, pensent important de **se donner les moyens de mieux collaborer**.

Les aides-familiales sont majoritaires à souhaiter vouloir clarifier les buts poursuivis par chaque professionnel pour un patient mais elles souhaitent aussi majoritairement et de manière prioritaire que chaque professionnel soit reconnu par les autres.

De nombreux médecins généralistes trouvent particulièrement importante la création de structures pluridisciplinaires.

Les professionnels interrogés répondent également à la question posée dans le groupe nominal, en évoquant l'adaptation de la politique de santé en faveur de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins, même si cette thématique leur laisse peu de prises directes.

Les infirmiers, les coordinateurs de soins et les aides-familiales surtout souhaitent voir **augmenter les ressources humaines et améliorer leur gestion en matière de soins à domicile** (plus de temps chez le patient, plus de temps de coordination autour du patient).

Les coordinateurs trouvent prioritaire de relayer les réalités de terrain aux structures de décisions et ils sont nombreux à souhaiter que l'offre de service pour les patients à domicile soit accrue tout en maintenant la liberté de choix du prestataire.

Quant à l'évolution au sein de chaque discipline, il faut mettre en évidence le souhait des aides-familiales de favoriser les réunions entre elles : pour un échange d'expériences ou un temps d'écoute au sujet de la lourdeur du travail. Ces souhaits relèvent d'une démarche intra-disciplinaire. Il est important de les entendre mais ceci sort vraisemblablement du champ d'action des SISD.

En résumé, à la question « Quelles seraient les actions à mettre en œuvre en matière de collaboration pluridisciplinaire ? », les professionnels interrogés émettent des souhaits qui touchent à des domaines qui intéressent les champs d'action des SISD : organisation de rencontres entre professionnels, amélioration de la communication entre professionnels, amélioration de la relation entre 1<sup>ère</sup> ligne et hôpital, développement de moyens pour mieux collaborer, tenue d'une réflexion sur l'action pluridisciplinaire en la centrant sur le patient, adaptation de la politique de santé en faveur de la 1<sup>ère</sup> ligne.

Lorsque les responsables des SISD souhaiteront mettre en place des actions en lien avec ces souhaits, ils trouveront dans l'annexe 2, les propositions précises telles qu'elles ont été exprimées par les professionnels lors des GN. Les SISD trouveront également des indications de priorité, au travers des pourcentages de points attribués par les professionnels lors du vote, et des indications de popularité, au travers des nombres de votes émis par les professionnels.

## ANNEXE 1

PRESENTATION, PAR SOUS-GROUPE ET PAR DISCIPLINE, DES 176 PROPOSITIONS AYANT RECUEILLI AU MOINS 1 POINT LORS DE LA PHASE DE VOTE.

### KINE 1 - Indépendants, solo - N = 9 - 15/1/08

N° FG	N° propositions	propositions	Total score	fréqu.	Rang priorité
Kiné 1	2(6) (7) (16)	Création de groupes intervenants, réunions interdisciplinaires (cas, thèmes...). Réunions interdisciplinaires (M, K...) avec un médiateur (un responsable)	33	8	1
Kiné 1	15	Formation continuée obligatoire et pondérée pour les kinés (à l'image des médecins)	25	8	2
Kiné 1	11(3)	Echanges de données médicales par internet. Dossiers médicaux, rapports, avis, protocoles des différents soignants accessibles à tous les professionnels	16	4	3
Kiné 1	8	Données médicales sur cartes SIS, accessibles à tous les intervenants	10	5	4
Kiné 1	17	Cahier journalier (passages des différents thérapeutes, pivot dans la collaboration) soins à domicile	9	4	5
Kiné 1	12	Dossiers écrits disponibles (les kinés n'ont parfois pas d'info sur le diagnostic du médecin. Kinés pas d'aptitude à diagnostiquer)	9	3	6
Kiné 1	1	Reconnaissance légale des spécialisations kinés	8	3	7
Kiné 1	4	Coordinateur de soins pluridisciplinaire, en dehors des situations de soins palliatifs (pour lesquelles ça existe déjà)	8	3	7
Kiné 1	9	Rapport écrit en cours ou en fin de traitement, obligatoire	5	2	9
Kiné 1	5	Education à la santé à tous niveaux	5	1	10
Kiné 1	14	Création de maisons médicales, pluri	3	2	11
Kiné 1	13	Obligations de réunions	3	1	12
Kiné 1	10	Listing accessible de divers soignants avec spécialisation, via syndicats	1	1	13

### KINESITHERAPEUTES 2 - Indépendants et salariés ; en association (majorité MM) - N = 11 - 22/01/08

N° FG	N° propositions	propositions	Total score	fréqu.	Rang priorité
Kiné 2	2(6) (12)( 15)(1 8)	Réunions à thèmes -exposés - repas Médecins et paramédicaux par région. Réunion, échange de pratiques. Développement le travail en réseau dans une commune. Créer des groupes de parole par commune/secteur. Améliorer la mise en commun des connaissances/savoirs	45	8	1
Kiné 2	17(7) (8)	Favoriser l'accès financier aux formations. Groupe d'accréditation mixte (Méd, kiné, inf) par secteur géographique (formation continuée). Aide et reconnaissance de l'INAMI pour des rencontres entre différents professionnels	29	7	2
Kiné 2	1(16)	Site internet local pour une entité. Créer un intranet entre prestataires de soins	14	4	3
Kiné 2	4(11)	Revaloriser le statut de kiné : plus « para » mais auxiliaire. Aplatir la hiérarchie qui régit les soins de santé	13	4	4

Kiné 2	19	Développer des échanges entre hospitaliers et extérieurs	10	5	5
Kiné 2	5	Remettre l'intérêt du patient au centre des préoccupations des soignants	10	4	5
Kiné 2	20	Lier santé, loisirs, culture	7	4	7
Kiné 2	10	Pouvoir effectuer des consultations avec plusieurs intervenants dont le patient	7	3	7
Kiné 2	3	Dossier médical sur carte SIS	6	1	9
Kiné 2	9	Forfait généralisé pour tous les soins (type MM)	5	1	10
Kiné 2	13	Cahier de communication	1	1	11

### KINESITHERAPEUTES 3 - Solo indépendants - N = 5 - 20/02/08

N° FG	N° propositions	propositions	Total score	fréqu.	Rang priorité
Kiné 3	4	Augmenter les contacts entre professionnels par <u>région</u>	20	4	1
Kiné 3	11	Accréditation pour la formation multidisciplinaire	15	5	2
Kiné 3	1	Le patient a son dossier (cahier de santé)	9	4	3
Kiné 3	2	Réunions d'informations pour des professionnels différents	9	3	3
Kiné 3	12	Reconnaissance des soins de 1 <sup>ère</sup> ligne vs soins hospitalier ou médecine forfaitaire	6	2	5
Kiné 3	5	Reconnaissance des compétences de chacun	5	2	6
Kiné 3	7	Association de professionnels différents pour augmenter les contacts	4	1	7
Kiné 3	3	Etudes : formation aux professions - techniques	4	1	7
Kiné 3	9	Rémunérer les réunions d'équipe	2	2	9
Kiné 3	8	Inclure l'AS et tous les aspects sociaux (pour assurer la coordination)	1	1	10

**INFIRMIERS  
1 - Salariés**

### - N=7 - 24/01/08

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
Inf1	19	une infirmière responsable, coordinatrice pour coordonner, organiser, communiquer avec d'autres intervenants dans son temps de travail infirmier	20	5	1
Inf1	13(18)	plus de moyens financiers pour des réunions de coordination ou autres, pour plus de temps chez les gens. Rationnaliser le secteur des soins de santé	19	6	2
Inf1	8(12)	clarifier et définir les objectifs de soins entre les différents intervenants pour une même situation. Se mettre d'accord, aller dans le même sens. Savoir ce que chaque intervenant fait. Avoir tous le même but : le bien-être du patient	14	5	3
Inf1	5	un bon outil de communication chez le patient utilisé par tous/ sensibiliser à l'utilisation	12	5	4
Inf1	1	fiche de liaison entre différentes structures MRS-Hôp-Domicile-Maison médicale.../sensibiliser à l'utilisation	12	3	4
Inf1	10	avoir le temps de communiquer les infos, de se coordonner, dans son temps professionnel, au quotidien	8	2	6
Inf1	6	un coordinateur (une personne extérieure) qui rassemble les intervenants au sein d'un organisme	7	2	7
Inf1	15(2)	une évaluation périodique de la situation (des objectifs) du patient, ensemble (pluri).Rencontrer 1x/15 jours avec le MG, inf... rencontre pluri	7	2	7
Inf1	7	communication entre les différents intervenants pluridisciplinaire	6	4	9
Inf1	14 (9)	formations continues ensemble, pluri : kiné AF...	5	2	10



		Sensibilisation des intervenants. Formations externes ou internes aux inf.			
Inf1	3	augmenter le nombre d'intervenants de première ligne pour répondre aux besoins	5	2	10
Inf1	11	protocoler les interventions, après une étude	3	1	12
Inf1	4	Plus de disponibilité des professionnels de la santé pour des situations d'urgence	2	1	13

#### INFIRMIERS 2 - Salariés - N=7 - 31/1/08

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
Inf2	3	Réseau informatique tous intervenants pour dossier	21	5	1
Inf2	4	Réunions régulières de tous les acteurs chez le patient	14	4	2
Inf2	16	Droits accès au dossier différencié selon profession	13	3	3
Inf2	6	Améliorer/utiliser le cahier de coordination. Uniformiser	13	3	3
Inf2	9	Utiliser des <u>fiches</u> uniformisées liaison hôpital-domicile	11	4	5
Inf2	7	<u>Collaboration</u> avec la 2 <sup>ème</sup> ligne (retour hôpital)	6	3	6
Inf2	18	Poids égal des différentes professions concernées dans la décision des soins	6	2	6
Inf2	13	Stabilité d'un intervenant chez un patient	5	2	8
Inf2	14	Temps de communication inclus dans le travail	5	2	8
Inf2	8	Connaître le contenu du métier de l'autre	4	3	10
Inf2	15	Meilleur remboursement inami des réunions	4	2	10
Inf2	5	Différents acteurs dans une même équipe. Regroupement fonctionnel et géographique	2	1	12
Inf2	17	Développer d'autres outils de communication	1	1	13

#### INFIRMIERS 3 - N=6 - 15/04/08

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
Inf3	2	Formation à la collaboration initiale et continuée	13	3	1
Inf3	1	Ecoute de chacun	12	3	2
Inf3	6	Ecouter les besoins du patient d'abord	12	3	2
Inf3	5	Communication avec l'hôpital : feuille de liaison	9	4	4
Inf3	12	Informé le patient par rapport aux soins, aux matériels, ...	8	4	5
Inf3	9	Connaître les ressources professionnelles (personne, mat, institutions)	8	3	5
Inf3	3	Réunions d'échanges entre professionnels (région)	7	2	7
Inf3	7	Connaître les différents professionnels	6	2	8
Inf3	4	Réunion pluridisciplinaire autour du patient	5	1	9
Inf3	10	Connaître la référence « mutuelle » (coût, remboursement)	4	3	10
Inf3	8	Bonne volonté de chaque professionnel	4	1	10
Inf3	11	Evaluer l'adéquation entre le soin et le coût (contrôle)	2	1	12

**Coordinateurs 1 - N=9 - 12/02/08**

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
Coord1	20(1)(6)(11)	Reconnaissance, valorisation réelle de la coordination, reconnaître la diversité, reconnaître toutes les tâches (certains ne sont pas valorisés financièrement actuellement). Prendre le temps. Décret clair, précis sur le rôle de la coordination. Des moyens pour les centres non subventionnés	34	7	1
Coord1	17(10)	Tenir compte de la singularité de la prise en charge. Recentrer sur le patient	22	8	2
Coord1	15(8) (9)	Plus de budgets pour plus de réunions pluridisciplinaires. Favoriser la proximité entre les intervenants et le patient, ce qui sous entend : plus de coordinateurs. Favoriser les réunions d'intervenants pluridisciplinaires	15	5	3
Coord1	7. (5)(13)	Améliorer, développer la communication. Que tous les intervenants aient le souci de transmettre des informations au coordinateur. Utiliser plus assidument les moyens de communication existants : tél, fax, mail	12	4	4
Coord1	14.(16)	Etre plus à l'écoute du rôle, des compétences des différents intervenants, famille, patient y compris. Meilleure connaissance de l'autre	11	4	5
Coord1	27.(25)	reconnaître, développer les services de soins non couverts (actuellement). Intervention « psy » dans le réseau d'interventions (à côté des autres intervenants)	10	5	6
Coord1	26.	respect des collaborations entre les services.	8	4	7
Coord1	3.	harmonisation des politiques d'aide et de soins.	8	2	7
Coord1	2.	se réunir plus souvent entre coordinateurs, pour partage d'expériences et de difficultés	5	2	9
Coord1	29.	proposer des duos de coordination INF-AS	5	1	9
Coord1	22.	ne pas devoir agir dans l'urgence dans la collaboration entre les services	2	1	11
Coord1	28.	continuation des projets GLS	2	1	11
Coord1	18.	garder une grande diversité d'offres de service	1	1	13

**Coordinateurs 2 - N=6 - 13/3/08**

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
Coord2	2	Plus de moyens humains et financiers pour le service d'aide et soins à domicile	29	6	1
Coord2	3	Renforcer liens de collaboration intra-extra hospi	23	6	2
Coord2	5	Adapter le cadre légal pour les gardes et coordination à domicile.	11	3	3
Coord2	16	Plus d'accès financier aux services de coord. (gratuité pour le patient)	10	4	4
Coord2	21	Simplifier les tâches administratives pour l'accès au service	5	3	5
Coord2	1	Réunion systématique au début de la prise en charge subsidiée, rémunérée, forfait	4	2	6
Coord2	11	Informatiser la communication des informations, PV de coord entre intervenants	4	2	6
Coord2	20	Redéfinition des tâches, responsabilités médico-légales	2	2	8
Coord2	9	Plus de structures de séjour entre hôpital et domicile	1	1	9
Coord2	17	Pool d'urgence de personnel volant	1	1	9

**Coordinateurs Aides-Familiales - N=7 - 06/03/08**

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
CoordAF	9	Rencontres entre professionnels - coordination	19	6	1
CoordAF	4	+ de temps au domicile	14	3	2
CoordAF	17	Inspectrices RW mieux informées aux réalités de terrain	11	3	3
CoordAF	1	Bonne connaissance de chaque profession (limites)	10	4	4
CoordAF	2	+ de temps pour informations (coord. Et VAD)	10	2	4
CoordAF	14	+ de libertés d'action des AF et des responsables d'équipes	9	4	6
CoordAF	12	Permettre à chaque intervenant de s'épanouir dans son travail (être reconnue)	7	3	7
CoordAF	21 (22)	Centralisation informatique mobile des infos pour tous les prestataires. (un ordinateur portable)	6	2	8
CoordAF	13	Systématiser les rencontres entre professionnels	6	2	8
CoordAF	20	(cahier) Support de communication sur place	4	1	10
CoordAF	15	Systématiser la fonction d'une personne ressource (prof. ou non)	3	2	11
CoordAF	10 (16)	Rencontres entre professionnels - formation. (formation à la communication)	3	1	11
CoordAF	19	Cohérence des objectifs	2	1	13
CoordAF	18	Proximité géographique avec les bénéficiaires	1	1	14

**MÉDECINS GÉNÉRALISTES 1 - N=8 - 26/02/08**

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
MG1	1	Se connaître → formation continuée pluridisciplinaire accréditée	24	6	1
MG1	2	Mise en réseau du dossier médical élargi / MG reste responsable du dossier	20	5	2
MG1	8	Réunions de concertation « rémunérées » organisées	15	6	3
MG1	16	Connaître et définir les rôles et responsabilités de chacun dans une équipe pluri	11	3	4
MG1	5	Afficher les compétences de chacun (médecins) avec « dispatcher médecin »	10	3	5
MG1	11	Coordination active hôpital vers le MG	9	4	6
MG1	6	Favoriser les petits centres (médicaux pluri) de quartier /de proximité	8	2	7
MG1	7	Coordinateur indépendant (pas lié à une mutuelle, apolitique) qui organise les liens de l'équipe pluri	6	2	8
MG1	15	Stabiliser les centres de coordination, les faire connaître	4	3	9
MG1	4	Prise en charge globale pluridisciplinaire (avec paramédicaux ; pas d'autres médecins)	4	1	9
MG1	14	Avoir un téléphone « privilégié » avec hôpitaux et l'administration (en général) (« téléphone rouge »)	3	1	11
MG1	12	Liberté de choix des thérapeutes par le patient (dans une maison médicale)	2	2	12
MG1	10	Définir les critères de cas nécessitant une équipe (lourde de type S pal)	2	1	12
MG1	17	Fragmenter le dossier en parties particulières notamment administ (et accessibles à certains)	2	1	12

**Médecins Généralistes 2 - N=5 - 12/03/08**

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
MG2	4	Dossier central médical géré par un généraliste pour tous intervenants	14	4	1
MG2	7	Antenne médicale équipée, assistée par coordinateurs de soins à domicile	12	3	2
MG2	11	Activités de coordination financées par tous les intervenants	11	4	3
MG2	3	Pratique de groupe pluridisciplinaire	11	3	3
MG2	2	Structure regroupant des médecins type PME (petite 2-3)	10	3	5
MG2	5	Information accessible - informatique	9	3	6
MG2	1	Se connaître entre intervenants (1 <sup>ère</sup> ligne)	7	3	7
MG2	6	Collaboration libre, non imposée non subsidiée	5	1	8
MG2	8	Faciliter la communication = moyens de communication	4	2	9
MG2	10	Coordinateur/animateur de rencontres	4	2	9
MG2	9	Financement endroit/temps pour coordonner	2	1	11
MG2	12	Représentation des MG plus importante dans un conseil	2	1	11

**MÉDECINS GÉNÉRALISTES 3 - N=6 - 8/04/08**

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
MG3	18	Structures de coordination bien organisées/bien financées	17	4	1
MG3	26	Patient dépositaire de toutes ses données	9	3	2
MG3	3	Journées amicales tous les trimestres. Créer des liens	8	3	3
MG3	13	Lieu commun de travail, de rencontre	7	2	4
MG3	12	compagnonnage MG expérimenté / jeune	5	3	5
MG3	22	Confiance entre intervenants	5	2	5
MG3	15	Réalités sociales de terrain connues de tous (->ministre)	5	2	5
MG3	21	Bons rapports avec hôp., spéc., méd. conseil	5	2	5
MG3	20	faciliter l'administration	5	2	5
MG3	5	meilleure connaissance relationnelle des uns des autres et de leurs spécificités professionnelles	5	1	5
MG3	7	Incitant financier aux réunions de formation/gr. Balint	5	1	5
MG3	6	structures type hôte-résidence avec soins organisés	5	1	5
MG3	17	Communication instantanée via web avec spécialistes	4	1	13
MG3	10	Annuaire professionnel par secteur	3	1	14
MG3	19	Honoraires forfaitaires pour pathologies lourdes	1	1	15
MG3	2	Serveur informatique pour toutes infos mais accès différents	1	1	15

**MÉDECINS GÉNÉRALISTES 4 - N=8 - 15/04/08**

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
MG4	10	Cabinets de groupe avec dossiers communs, centres de MG	19	4	1
MG4	14	Aide logistique et financement des associations	15	5	2
MG4	9	Meilleure connaissance des autres professions, échange et apprentissage d'autres pratiques, de procédures sociales	15	5	2
MG4	2	Meilleurs contacts avec hôpitaux	14	5	4
MG4	3	Favoriser les soins palliatifs à domicile avec diverses associations (delta)	9	3	5
MG4	1	réunions pluridisciplinaires	9	2	5
MG4	8	lieux communs de rencontres de différents intervenants	9	2	5
MG4	5	Dossier écrit commun aux intervenants pour cas complexe	7	3	8
MG4	4	Communiquer par tél.	6	2	9
MG4	6	rapport informatisé minimum de garde	5	3	10
MG4	7	Sécuriser les données de santé	5	3	10
MG4	13	Financement des réunions pluridisciplinaires et du travail en réseau	4	1	12
MG4	12	améliorer, faciliter contacts avec CPAS	3	2	13

**AIDES-FAMILIALES 1 - N=8 - 18/03/08**

N° FG	N° propositions	propositions	total	fréq	rang priorité
AF1	2	Garder un nombre adéquat d'heures par patient	21	6	1
AF1	1	Valorisation (reconnaissance) du métier d'AF par les autres professions	15	5	2
AF1	10	Travail commun de stimulation du patient (que l'ensemble des professionnelles aient le même but (que le bénéficiaire progresse, ne pas se limiter à un statu quo)	13	5	3
AF1	7	Former en interdisciplinarité (cours communs, rencontres)	13	4	3
AF1	4	Plus de respect du patient, de la personne en perte d'autonomie	13	3	3
AF1	6	Inciter à l'utilisation du cahier de coordination	11	4	6
AF1	15	Formations plus nombreuses et spécifiques (patho, techniques)	8	3	7
AF1	3	Obliger les réunions entre professionnels par patient	8	2	7
AF1	13	Chacun respecte les tâches de l'autre	7	3	9
AF1	8	Centraliser les données (banque de données) (données accessibles à tous, pas seulement à l'AS)	5	1	10
AF1	12	Chacun connaît les tâches de l'autre (inter prof.)	4	1	11
AF1	11	Aménager du temps d'échanges par semaine (intra AF)	2	2	12

## ANNEXE 2 : PRESENTATION DES PROPOSITIONS CLASSEES EN CATEGORIES ET SOUS-CATEGORIES, TOUTES DISCIPLINES CONFONDUES

N° FG	N° propositions	propositions	Total scores	fréqu.	Rang
	<b>1</b>	<b>favoriser les rencontres entre professionnels</b>			
	<b>1.1</b>	<b>pour se former</b>			
Kiné 1	2(6) (7) (16)	Création de groupes intervenants, réunions interdisciplinaires (cas, thèmes...). Réunions interdisciplinaires (M, K...) avec un médiateur (un responsable) Réunions à thèmes –exposés – repas Médecins et paramédicaux par région. Réunion, échange de pratiques. Développement le travail en réseau dans une commune. Créer des groupes de parole par commune/secteur. Améliorer la mise en commun des connaissances/savoirs	33	8	1
Kiné 2	2(6) (12)(15)(18)	Réunions d'informations pour des professionnels différents	45	10	1
Kiné 3	2	formations continues ensemble, pluri : kiné AF... Sensibilisation des intervenants. Formations externes ou internes aux inf.	9	3	3
Inf1	14 (9)	Réunions d'échanges entre professionnels (région)	5	2	10
Inf3	3	Rencontres entre professionnels – formation. (formation à la communication)	7	2	7
CoordAF	10 (16)	réunions pluridisciplinaires	3	1	11
MG4	1	Former en interdisciplinarité (cours communs, rencontres)	9	2	5
AF1	7		13	4	3
	<b>1.2</b>	<b>pour mieux se connaître</b>			
Kiné 1	13	Obligations de réunions	3	1	12
Kiné 3	4	Augmenter les contacts entre professionnels par région	20	4	1
Inf3	7	Connaitre les différents professionnels	6	2	8
CoordAF	9	Rencontres entre professionnels - coordination	19	6	1
CoordAF	13	Systématiser les rencontres entre professionnels	6	2	8
MG1	1	Se connaître à formation continuée pluridisciplinaire accréditée	24	6	1
MG2	1	Se connaître entre intervenants (1ère ligne)	7	3	7
MG3	3	Journées amicales tous les trimestres. Créer des liens	8	3	3
MG4	8	lieux communs de rencontres de différents intervenants	9	2	5

		1.3 en soutenant financièrement les formations			
Kiné 2	17(7)(8)	Favoriser l'accès financier aux formations. Groupe d'accréditation mixte (Méd, kiné, inf) par secteur géographique (formation continuée). Aide et reconnaissance de l'INAMI pour des rencontres entre différents professionnels	29	8	2
Kiné 3	11	Accréditation pour la formation multidisciplinaire	15	5	2
MG3	7	Incitant financier aux réunions de formation/gr. Balint	5	1	5
		2 améliorer la communication entre professionnels			
		2.1 mettre en place des outils d'échange d'informations			
Kiné 1	11(3)	Echanges de données médicales par internet. Dossiers médicaux, rapports, avis, protocoles des différents soignants accessibles à tous les professionnels	16	4	3
Kiné 1	17	Cahier journalier (passages des différents thérapeutes, pivot dans la collaboration) soins à domicile	9	4	5
Kiné 1	10	Listing accessible de divers soignants avec spécialisation, via syndicats	1	1	13
Kiné 2	1(16)	Site internet local pour une entité. Créer un intranet entre prestataires de soins	14	5	3
Kiné 2	3	Dossier médical sur carte SIS	6	2	9
Kiné 2	13	Cahier de communication	1	1	11
Kiné 3	1	Le patient a son dossier (cahier de santé)	9	4	3
Inf1	5	un bon outil de communication chez le patient utilisé par tous/ sensibiliser à l'utilisation	12	5	4
Inf1	7	communication entre les différents intervenants pluridisciplinaire	6	4	9
Inf2	3	Réseau informatique tous intervenants pour dossier	21	5	1
Inf2	6	Améliorer/utiliser le cahier de coordination. Uniformiser	13	3	3
Inf2	17	Développer d'autres outils de communication	1	1	13
Inf3	9	Connaître les ressources professionnelles (personne, mat, institutions)	8	3	5
Inf3	10	Connaître la référence « mutuelle » (coût, remboursement)	4	3	10
Coord1	7. (5)(13)	Améliorer, développer la communication. Que tous les intervenants aient le souci de transmettre des informations au coordinateur. Utiliser plus assidument les moyens de communication existants : tél, fax, mail	12	4	4
Coord2	11	Informatiser la communication des informations, PV de coord entre intervenants	4	2	6
CoordAF	21 (22)	Centralisation informatique mobile des infos pour tous les prestataires. (un ordinateur portable)	6	2	8
CoordAF	20	(cahier) Support de communication sur place	4	1	10
MG1	17	Fragmenter le dossier en parties particulières notamment administ (et accessibles à certains)	2	1	12
MG2	4	Dossier central médical géré par un généraliste pour tous intervenants	14	4	1
MG2	5	Information accessible - informatique	9	3	6

MG2	8	Faciliter la communication = moyens de communication	4	2	9
MG3	26	Patient dépositaire de toutes ses données	9	3	2
MG3	17	Communication instantanée via web avec spécialistes	4	1	13
MG3	10	Annuaire professionnel par secteur	3	1	14
MG3	2	Serveur informatique pour toutes infos mais accès différents	1	1	15
MG4	5	Dossier écrit commun aux intervenants pour cas complexe	7	3	8
MG4	4	Communiquer par tél.	6	2	9
MG4	6	rapport informatisé minimum de garde	5	3	10
MG4	7	Sécuriser les données de santé	5	3	10
AF1	6	Inciter à l'utilisation du cahier de coordination	11	4	6
AF1	8	Centraliser les données (banque de données) (données accessibles à tous, pas seulement à l'AS)	5	1	10
	2.2	rendre accessible les données patients à ts les profes.			
Kiné 1	8	Données médicales sur cartes SIS, accessibles à tous les intervenants	10	5	4
Kiné 1	12	Dossiers écrits disponibles (les kinés n'ont parfois pas d'info sur le diagnostic du médecin. Kinés pas d'aptitude à diagnostiquer)	9	3	6
Kiné 1	9	Rapport écrit en cours ou en fin de traitement, obligatoire	5	2	9
Inf2	16	Droits accès au dossier différencié selon profession	13	3	3
MG1	2	Mise en réseau du dossier médical élargi / MG reste responsable du dossier	20	5	2
	3	améliorer la relation entre 1ere ligne et hôpital			
		développer la communication entre la 1 <sup>ère</sup> ligne et l'hôpital			
Kiné 2	19	Développer des échanges entre hospitaliers et extérieurs	10	6	5
Inf1	1	fiche de liaison entre différentes structures MRS-Hôp-Domicile-Maison médicale.../sensibiliser à l'utilisation	12	3	4
Inf2	9	Utiliser des fiches uniformisées liaison hôpital-domicile	11	4	5
Inf2	7	Collaboration avec la 2ème ligne (retour hôpital)	6	3	6
Inf3	5	Communication avec l'hôpital : feuille de liaison	9	4	4
Coord2	3	Renforcer liens de collaboration intra-extra hospi	23	6	2
MG1	11	Coordination active hôpital vers le MG	9	4	6
MG1	14	Avoir un téléphone « privilégié » avec hôpitaux et l'administration (en général) (« téléphone rouge »)	3	1	11
MG3	21	Bons rapports avec hôp., spéc., méd. conseil	5	2	5
MG4	2	Meilleurs contacts avec hôpitaux	14	5	4
MG4	12	améliorer, faciliter contacts avec CPAS	3	2	13



		4 se donner les moyens de mieux collaborer			
		4.1 clarifier les buts poursuivis par chaque prof. pour 1 patient			
Inf1	8(12)	clarifier et définir les objectifs de soins entre les différents intervenants pour une même situation. Se mettre d'accord, aller dans le même sens. Savoir ce que chaque intervenant fait.	14	5	3
CoordAF	19	Avoir tous le même but : le bien-être du patient	2	1	13
AF1	10	Cohérence des objectifs	13	5	3
		Travail commun de stimulation du patient (que l'ensemble des professionnelles aient le même but (que le bénéficiaire progresse, ne pas se limiter à un statu quo)			
		4.2 organiser des réunions pluri autour d'1 patient			
Inf1	15(2)	une évaluation périodique de la situation (des objectifs) du patient, ensemble (pluri).Rencontrer 1x/15 jours avec le MG, inf... rencontre pluri	7	2	7
Inf2	4	Réunions régulières de tous les acteurs chez le patient	14	4	2
Inf3	4	Réunion pluridisciplinaire autour du patient	5	1	9
MG1	4	Prise en charge globale pluridisciplinaire (avec paramédicaux ; pas d'autres médecins)	4	1	9
AF1	3	Obliger les réunions entre professionnels par patient	8	2	7
		4.3 rémunérer les réunions pluridisciplinaires			
Kiné 3	9	Rémunérer les réunions d'équipe	2	2	9
Inf2	15	Meilleur remboursement inami des réunions	4	2	10
Coord1	15(8) (9)	Plus de budgets pour plus de réunions pluridisciplinaires. Favoriser la proximité entre les intervenants et le patient, ce qui sous entend : plus de coordinateurs. Favoriser les réunions d'intervenants pluridisciplinaires	15	5	3
Coord2	1	Réunion systématique au début de la prise en charge subsidiée, rémunérée, forfait	4	2	6
MG1	8	Réunions de concertation « rémunérées » organisées	15	6	3
MG2	11	Activités de coordination financées par tous les intervenants	11	4	3
MG2	9	Financement endroit/temps pour coordonner	2	1	11
MG4	13	Financement des réunions pluridisciplinaires et du travail en réseau	4	1	12
		4.4 instituer une fonction de coordinateur			
Kiné 1	4	Coordinateur de soins pluridisciplinaire, en dehors des situations de soins palliatifs (pour lesquelles ça existe déjà)	8	3	7
Kiné 3	8	Inclure l'AS et tous les aspects sociaux (pour assurer la coordination)	1	1	10
Inf1	19	une infirmière responsable, coordinatrice pour coordonner, organiser, communiquer avec	20	5	1

		d'autres intervenants dans son temps de travail infirmier			
Inf1	6	un coordinateur (une personne extérieure) qui rassemble les intervenants au sein d'un organisme	7	2	7
Coord1	29.	proposer des duos de coordination INF-AS	5	1	9
CoordAF	15	Systématiser la fonction d'une personne ressource (prof. ou non)	3	2	11
MG1	7	Coordinateur indépendant (pas lié à une mutuelle, apolitique) qui organise les liens de l'équipe pluri	6	2	8
MG1	15	Stabiliser les centres de coordination, les faire connaître	4	3	9
MG2	10	Coordinateur/animateur de rencontres	4	2	9
MG3	18	Structures de coordination bien organisées/bien financées	17	4	1
	4.5	créer des structures pluridisciplinaires			
Kiné 1	14	Création de maisons médicales, pluri	3	2	11
Kiné 3	7	Association de professionnels différents pour augmenter les contacts	4	1	7
Inf2	5	Différents acteurs dans une même équipe. Regroupement fonctionnel et géographique	2	1	12
MG1	6	Favoriser les petits centres (médicaux pluri) de quartier /de proximité	8	2	7
MG2	7	Antenne médicale équipée, assistée par coordinateurs de soins à domicile	12	3	2
MG2	3	Pratique de groupe pluridisciplinaire	11	3	3
MG3	13	Lieu commun de travail, de rencontre	7	2	4
MG4	10	Cabinets de groupe avec dossiers communs, centres de MG	19	4	1
	4.6	définir chaque profession : atouts et limites			
Inf2	8	Connaître le contenu du métier de l'autre	4	3	10
Coord2	20	Redéfinition des tâches, responsabilités médico-légales	2	2	8
CoordAF	1	Bonne connaissance de chaque profession (limites)	10	4	4
MG1	16	Connaître et définir les rôles et responsabilités de chacun dans une équipe pluri	11	3	4
MG1	5	Afficher les compétences de chacun (médecins) avec « dispatcher médecin »	10	3	5
MG3	5	meilleure connaissance relationnelle des uns des autres et de leurs spécificités professionnelles	5	1	5
MG4	9	Meilleure connaissance des autres professions, échange et apprentissage d'autres pratiques, de procédures sociales	15	5	2
AF1	12	Chacun connaît les tâches de l'autre (inter prof.)	4	1	11

		<b>4.7</b>	<b>permettre à chaque professionnel d'être reconnu par les autres</b>			
Kiné 2	4(11)		Revaloriser le statut de kiné : plus « para » mais auxiliaire. Aplatir la hiérarchie qui régit les soins de santé	13	4	4
Kiné 3	5		Reconnaissance des compétences de chacun	5	2	6
Inf2	18		Poids égal des différentes professions concernées dans la décision des soins	6	2	6
Inf3	1		Ecoute de chacun	12	3	2
Inf3	8		Bonne volonté de chaque professionnel	4	1	10
			Etre plus à l'écoute du rôle, des compétences des différents intervenants, famille, patient y compris. Meilleure connaissance de l'autre	11	4	5
Coord1	14.(16)		respect des collaborations entre les services.	8	4	7
Coord1	26.		Permettre à chaque intervenant de s'épanouir dans son travail (être reconnue)	7	3	7
CoordAF	12		Représentation des MG plus importante dans un conseil	2	1	11
MG2	12		Confiance entre intervenants	5	2	5
MG3	22		Valorisation (reconnaissance) du métier d'AF par les autres professions	15	5	2
AF1	1		Chacun respecte les tâches de l'autre	7	3	9
AF1	13					
		<b>4.8</b>	<b>instituer une formation à la collaboration (études de base et continues)</b>			
Kiné 3	3		Etudes : formation aux professions - techniques	4	1	7
Inf3	2		Formation à la collaboration initiale et continuée	13	3	1
		<b>5</b>	<b>repenser l'action pluri en la centrant sur le patient</b>			
		<b>5.1</b>	<b>organiser des consultations pluridisciplinaires avec le patient</b>			
Kiné 2	10		Pouvoir effectuer des consultations avec plusieurs intervenants dont le patient	7	3	7
		<b>5.2</b>	<b>remettre l'intérêt et les besoins du patient au centre des préoccupations du soignant</b>			
Kiné 1	5		Education à la santé à tous niveaux	5	1	10
Kiné 2	5		Remettre l'intérêt du patient au centre des préoccupations des soignants	10	4	5
Kiné 2	20		Lier santé, loisirs, culture	7	4	7
Inf3	6		Ecouter les besoins du patient d'abord	12	3	2
Coord1	17(10)		Tenir compte de la singularité de la prise en charge. Recentrer sur le patient	22	8	2
AF1	4		Plus de respect du patient, de la personne en perte d'autonomie	13	3	3

		6 adapter la politique de santé en faveur de la 1ère ligne			
		6.1 augmenter les ressources humaines et améliorer leur gestion en matière de soins à domicile			
Inf1	13(18)	plus de moyens financiers pour des réunions de coordination ou autres, pour plus de temps chez les gens. Rationaliser le secteur des soins de santé	19	6	2
Inf1	10	avoir le temps de communiquer les infos, de se coordonner, dans son temps professionnel, au quotidien	8	2	6
Inf1	3	augmenter le nombre d'intervenants de première ligne pour répondre aux besoins	5	2	10
Inf2	13	Stabilité d'un intervenant chez un patient	5	2	8
Inf2	14	Temps de communication inclus dans le travail	5	2	8
Coord1	22.	ne pas devoir agir dans l'urgence dans la collaboration entre les services	2	1	11
Coord2	2	Plus de moyens humains et financiers pour le service d'aide et soins à domicile	29	6	1
Coord2	17	Pool d'urgence de personnel volant	1	1	9
CoordAF	4	+ de temps au domicile	14	3	2
CoordAF	2	+ de temps pour informations (coord. Et VAD)	10	2	4
CoordAF	18	Proximité géographique avec les bénéficiaires	1	1	14
MG4	3	Favoriser les soins palliatifs à domicile avec diverses associations (delta)	9	3	5
AF1	2	Garder un nombre adéquat d'heures par patient	21	6	1
		6.2 accroître l'offre de service pour les patients à domicile tout en maintenant la liberté de choix thérapeutique			
Inf3	12	Informer le patient par rapport aux soins, aux matériels, ...	8	4	5
Coord1	27.(25)	reconnaître, développer les services de soins non couverts (actuellement). Intervention « psy » dans le réseau d'interventions (à côté des autres intervenants)	10	5	6
Coord1	18.	garder une grande diversité d'offres de service	1	1	13
Coord2	16	Plus d'accès financier aux services de coord. (gratuité pour le patient)	10	4	4
Coord2	21	Simplifier les tâches administratives pour l'accès au service	5	3	5
MG1	12	Liberté de choix des thérapeutes par le patient (dans une maison médicale)	2	2	12

		6.3	faire connaître les réalités de terrain aux structures de décision			
Kiné 1	1		Reconnaissance légale des spécialisations kinés	8	3	7
			Reconnaissance, valorisation réelle de la coordination, reconnaître la diversité, reconnaître toutes les tâches (certains ne sont pas valorisés financièrement actuellement). Prendre le temps. Décret clair, précis sur le rôle de la coordination. Des moyens pour les centres non subventionnés			
Coord1	20(1)(6)(11)		Inspectrices RW mieux informées aux réalités de terrain	34	7	1
CoordAF	17		Réalités sociales de terrain connues de tous (->ministre)	11	3	3
MG3	15		faciliter l'administration	5	2	5
MG3	20			5	2	5
		6.4	poursuivre les actions entamées par le GLS			
Coord1	28.		continuation des projets GLS	2	1	11
		6.5	réflexion sur l'efficacité des soins à domicile			
Kiné 2	9		Forfait généralisé pour tous les soins (type MM)	5	1	10
Kiné 3	12		Reconnaissance des soins de 1ère ligne vs soins hospitalier ou médecine forfaitaire	6	2	5
Inf1	11		protocoler les interventions, après une étude	3	1	12
Inf1	4		Plus de disponibilité des professionnels de la santé pour des situations d'urgence	2	1	13
Inf3	11		Evaluer l'adéquation entre le soin et le coût (contrôle)	2	1	12
Coord1	3.		harmonisation des politiques d'aide et de soins.	8	2	7
Coord2	5		Adapter le cadre légal pour les gardes et coordination à domicile.	11	3	3
Coord2	9		Plus de structures de séjour entre hôpital et domicile	1	1	9
CoordAF	14		+ de libertés d'action des AF et des responsables d'équipes	9	4	6
MG1	10		Définir les critères de cas nécessitant une équipe (lourde de type S pal)	2	1	12
MG2	6		Collaboration libre, non imposée non subsidiée	5	1	8
MG3	6		structures type hôte-résidence avec soins organisés	5	1	5
MG3	19		Honoraires forfaitaires pour pathologies lourdes	1	1	15
		7	favoriser des évolutions au sein de chaque discipline			
		7.1	favoriser les réunions et formations intra-disciplinaires			
Kiné 1	15		Formation continuée obligatoire et pondérée pour les kinés (à l'image des médecins)	25	8	2
Coord1	2.		se réunir plus souvent entre coordinateurs, pour partage d'expériences et de difficultés	5	2	9
MG3	12		compagnonnage MG expérimenté / jeune	5	3	5
AF1	15		Formations plus nombreuses et spécifiques (patho, techniques)	8	3	7
AF1	11		Aménager du temps d'échanges par semaine (intra AF)	2	2	12

		7.2	création de structures intra-disciplinaires		
MG2	2		Structure regroupant des médecins type PME (petite 2-3)	10	3
MG4	14		Aide logistique et financement des associations	15	5
					2